

**XXIII CONGRESSO INTERNAZIONALE  
ODONTOSTOMATOLOGICO**

Monte-Carlo 4 - 5 Novembre 2011  
Sala conferenze François Blanc  
SPORTING D'HIVER  
Place du Casino, Monte Carlo

**Hotel Hermitage**  
square Beaumarchais  
MC 98000 Monaco

**HOTEL ACCOMMODATION FORM**

*Vi preghiamo di inviare il formulario direttamente ai seguenti recapiti*

**Tel. 00377 98062525 - Fax 00377 98062626**

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo .....

Città ..... E-mail .....

Tel. .... Fax .....

**Queste tariffe negoziate comprendono la sistemazione alberghiera, colazione a buffet, tasse e servizi.  
Per prenotazioni pre e post evento, potrete beneficiare delle medesime tariffe, secondo disponibilità.  
Check-in dalle ore 15,00 e check-out entro le 11,00.**

Tariffe	Singola	Matrimoniale
Camera vista città	220 ☐	220 ☐
Camera vista mare	280 ☐	280 ☐

Data di arrivo ..... Numero di notti .....

Data di partenza ..... Singola / doppia .....

Numero di camere ..... Richieste particolari .....

Le camere sono garantite alle tariffe agevolate solo dopo la ricezione da parte della **SBM** del presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte anagrafica e con le referenze bancarie, debitamente firmato, almeno 30 giorni prima della manifestazione sulla presente scheda del **Congresso Internazionale Odontostomatologico 2011 - N° 5667418**.

La prenotazione alberghiera deve essere inviata via fax al numero telefonico **00377 98 06 26 26** alla attenzione di **Catherine Joonnekin** o via e-mail a: **c.joonnekin@sbm.mc**. Le prenotazioni fatte direttamente all'hotel non beneficeranno della tariffa agevolata.  
**Annulamenti:** Per tutte le disdette effettuate dopo il **13 Ottobre 2011**, riduzioni di soggiorno o cancellazione verrà addebitato l'intero importo sulla carta di credito data in garanzia.

**Per garantire la Vostra prenotazione Vi preghiamo di completare il formulario:**

Il sottoscritto ..... autorizza l'Hotel Hermitage ad addebitare sul numero di carta di credito a garanzia l'importo totale del mio soggiorno

CREDIT CARD  VISA  MASTERCARD  AMERICAN EXPRESS  
 EUROCARD  DINERS  OTHER

Numero carta di credito \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Data di validità \_\_\_/\_\_\_

Intestatario della carta ..... Firma .....

Numero di conferma .....
Conferma .....
Data .....

**Tariffe valide per un soggiorno minimo di 2 notti**