



CONVEGNO NAZIONALE OR.S.A. 2024

11-12-13-OTTOBRE 2024

HOTEL QUATTRO TORRI PERUGIA

Via Corcianese - 260 - 06132 Perugia

SCHEDA D'ISCRIZIONE OBBLIGATORIA

COMPILARE INSERENDO TUTTI I DATI, MA SPECIFICANDO IL NOME DELLA PERSONA AFFETTA DA S.A.

SE LE RIGHE SONO INSUFFICIENTI FOTOCOPIARE E INVIARE ULTERIORE SCHEDA.

- 1) Cognome, Nome.....
Nato a,..... Il,..... Tel.....
Residente a,..... Via,.....
- 2) Cognome, Nome.....
Nato a,..... Il,..... Tel.....
Residente a,..... Via,.....
- 3) Cognome, Nome.....
Nato a,..... Il,..... Tel.....
Residente a,..... Via,.....
- 4) Cognome, Nome.....
Nato a,..... Il,..... Tel.....
Residente a,..... Via,.....

E' LA PRIMA VOLTA CHE PARTECIPI AD UN CONVEGNO DELL'OR.S.A.? SI NO.

Tipo di camera:	Singola	Doppia	Doppia Matrimoniale	Tripla	Quadrupla
Totale N° di Camere prenotate:					
Richieste particolari:					

Costo del pacchetto Convegno in pensione completa per:	N. DI OSPITI	COSTO P.P.	TOTALE
Adulto o sup. ai 15 anni		210	
Adulto o sup. ai 14 anni in 3/4 letto		210	
Supplemento in camera singola		100	
Bambini 5/14 anni		145	
Bambini 0/4 anni o persona affetta da Sindrome di Angelman		Gratis	
Accompagnatore (Babysitter) In camera singola		210	
Accompagnatore (Babysitter) Non in camera singola		180	
TOTALE	N.		€.

Per il pernottamento di 1 sola notte è previsto lo sconto del 40%

QUOTA GIORNALIERA DI PARTECIPAZIONE AL SOLO CONVEGNO SENZA PERNOTTO: 25 € al gg. pp

BARRARE CON X I GIORNI DELLA VS. PARTECIPAZIONE: Ven. Sab. Dom.

COSTO PER PRANZO O CENA: 25 € a. pp.

BARRARE CON X I PASTI RICHIESTI: PRANZO: Venerdì Sabato Domenica

NUMERO DI PERSONE OSPITI: _____ CENA: Venerdì Sabato

Allegare **copia** del versamento effettuato

Firma : - - - - -

INVIARE LA SCHEDA D'ADESIONE ENTRO IL 20 Settembre

A ½ FAX AL NUMERO 0422 319571

A ½ MAIL : convegno2024@sindromediangelman.org