



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y RESERVA DE HOTEL

1. DELEGADO

Sr./Sra.

NOMBRE

APELLIDO

ORGANIZACIÓN

FUNCIÓN

DIRECCIÓN

CÓDIGO POSTAL

CIUDAD

PAIS

TELÉFONO

FAX

TELÉFONO CELULAR

PASSPORTE No.

RESTRICCIONES DIETÉTICAS

ESPECIFIQUE

2. ACOMPAÑANTE

Sr./Sra.

NOMBRE

APELLIDO

PASSPORTE No.

RESTRICCIONES DIETÉTICAS

ESPECIFIQUE

3. ALOJAMIENTO

Por favor marque el hotel de su preferencia

5 ★★★★★DELUXE

4 ★★★★★ (A)

4 ★★★★★ (B)

3 ★★

FECHA LLEGADA:

VUELO Nr.:

FECHA PARTIDA:

VUELO Nr.:

Nr. NOCHES:

HAB. SIMPLE

HAB. DOBLE

Compartiré mi
habitación con:

Las habitaciones se reservarán sobre la base de recepción de formulario: primero en llegar primero en realizar la reserva. El Agente de la Conferencia le informará 2 semanas antes de la misma los detalles completos del hotel reservado.

FECHA TOPE PARA RESERVAR HOTEL: 10 DE FEBRERO DE 2008



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y RESERVA DE HOTEL

4. TALLERES DE TRABAJO

Por favor marque 2 talleres de su preferencia

- Ciudad atractiva – Ciudad en competencia
- Diplomacia de las Ciudades – Iniciativas de paz
- Ciudades Gemelas – Juventud en el Centro
- Objetivos del Desarrollo del Milenio - Implementación
- Liderazgo del Gobierno Local – Base para el Liderazgo Nacional
- GLOCAL – Globalización-Localización en la Economía Municipal

5. FORMA DE PAGO

Para inscripción a la Conferencia y hotel

Transferencia bancaria	<p>Bank Hapoalim, Branch 780 Itzhak Sade St. Tel Aviv, Israel Nombre del remitente:</p> <p style="text-align: right;">Account Nr.: 142-472330 Swift Code: POALILIT Eban: IL58-0127-8000-0000-0472-330</p> <p><input type="checkbox"/> Adjunto copia de la transferencia Todos los gastos de remisión deberán ser pagados por el participante</p>
Tarjeta de crédito	<p>Favor debitar mi tarjeta de crédito:</p> <p><input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Others</p> <p>Número: _____</p> <p>Fecha de vencimiento:(mm/yy) ___/___</p> <p>La suma de \$us. ___/ € _____ Fecha:</p> <p>Nombre del titular de la tarjeta:</p> <p>Firma del titular:</p>
	MONTO TOTAL PAGADO: _____

Por favor llene este formulario y envíelo por correo, fax o e-mail a:

ORTRA Ltd.
P.O. Box 9352
61092 Tel Aviv - Israel

Fax: 972-3- 6384455
E-mail: ulai@ortra.com