

**XL OLIMPIADA MÉDICA NACIONAL**  
**de la Republica Argentina-**  
**COMRA 30 DE Septiembre al 6 de Octubre de 2017**

1) Inscripción **DEPORTIVA Medico** Titular \$ 2000 Invitados \$2500-

<b>Nombre y Apellido del participante:</b>	
<b>Delegación que representa:</b>	
<b>Deporte que participa:</b>	<b>categoría:</b>
Matricula N° _____ Documento de Identidad :Tipo _____ N° _____ sexo _____	
.Fecha de Nacimiento: _____ e-mail _____	
Teléfono _____	Localidad: _____

(2) Reserva **HOTELERA** **PAGO**

	estrellas	6 días	
<b>Reserva en hotel</b>			

**TITULAR Y ACOMPAÑANTES**

Apellido y Nombre	parentesco	Fecha de Nac.	sexo	Documento	
				tipo	Numero

**Menores de 7 años(6 años\*)**

(sin cargo- que compartan habitación con sus padres, pagan lo que consumen)

Apellido y Nombre	edad	Fecha de Nacimiento	sexo	Documento	
				tipo	Numero

**Valo res por persona con desayuno y cena**

<u>HOTELES</u>	<u>6 NOCHES</u>
CARIMA ESTÁNDAR	\$5870
CARIMA SUPERIOR	\$6540
RECANTO	\$7850
RAFAIN PALACE	\$5950
FALL GALLI	\$5150

<u>HOTELES</u>	<u>6 NOCHES</u>
CONTINENTAL IN	6450
*SAN JUAN	6580
HOTEL MACANA	4450
CATARATAS PARK	4450
VIVAS	6370

.....  
 Firma del solicitante                      sello

.....  
 V°B° Entidad Avalando la solicitud