



# CONVEGNO NAZIONALE OR.S.A. 2019

11 - 12 - 13 OTTOBRE 2019

HOTEL DOMUS PACIS ASSISI

Piazza Porziuncola, 1- 06081 Santa Maria degli Angeli (PG)

## 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 PARTECIPAI 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		170	
Adulto o sup. ai 14 anni in 3/4 letto		160	
Supplemento in camera singola		70	
Bambini 5/14 anni		115	
<b>Bambini 0/4 anni o persona affetta da Sindrome di Angelman</b>		<b>Gratis</b>	
Accompagnatore (Babysitter) In camera singola		160	
Accompagnatore (Babysitter) <u>Non in camera singola</u>		130	
TOTALE	N.		€.

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

**QUOTA GIORNALIERA DI PARTECIPAZIONE AL SOLO CONVEGNO: 30 € al gg. pp**

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

**QUOTA GIORNALIERA DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO CON PRANZO: 50 € al gg. pp.**

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

Allegare **copia** del versamento effettuato

Firma:.....

**INVIARE LA SCHEDA D'ADESIONE ENTRO IL 29 SETTEMBRE**

**ai seguenti contatti :**

**FAX AL NUMERO 0422 319571 - MAIL : [segreteria@sindromediangelman.org](mailto:segreteria@sindromediangelman.org)**