

ЕВРАЗИЙСКИЙ IV КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

10-11 Октября, 2016, Ереван

Место проведения конгресса (**ANI PLAZA HOTEL**, Yerevan, проспект Саят Новы 19, Республика Армения, 0001, Ереван)

Фамилия: _____

Имя: _____

Сопровождающее лицо: Фамилия: _____

Имя: _____

Стоимость номера при полной предоплаты (включая НДС 20% и завтрак)		
ANI PLAZA HOTEL <i>Место проведения конгресса</i>	Стандартный одноместный <input type="checkbox"/>	Стандартный двухместный <input type="checkbox"/>
	85 USD	105 USD
BASS boutique hotel	Стандартный одноместный <input type="checkbox"/>	Стандартный двухместный <input type="checkbox"/>
	70 USD	85 USD

Дата прибытия: ___/___/2016 Дата отбытия: ___/___/2016 Сколько ночей _____

Трансфер из аэропорта и обратно 20 USD

--	--	--	--	--	--

прибытия

--	--	--	--	--	--	--	--

Номер рейса отбытия

Номер

Итого USD

рейса

Оплата в драмах – Пожалуйста, отметьте тип кредитной карты:

Visa

Mastercard

Expiry Date

Card Verification Code

№

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

М М У У

--	--	--	--	--	--

(3 цифры на обратной стороне карты)

Настоящим я разрешаю Армянской Медицинской Ассоциации списывать со счета кредитной карты вышеуказанную общую сумму

Ф.И.О. владельца карты _____ Подпись владельца карты _____ Дата ___/___/2016

При желании оплатить банковским переводом ниже указаны банковские реквизиты:

Tax ID 00074027

Счет получателя 1570003731400201 (USD)

Банк получателя «Америабанк», Ереван SWIFT ARMIAM22

Головной офис банка РА, Ерева 0015, Ул. Григор Лусаворича 9

Банк посредник CITIBANK N. A., NEW YORK SWIFT CITIUS33

**оплата расходов банковского перевода производится за счет заказчика (детали уточните у сотрудников своего банка)*

Предпочитаю платить на месте и гарантирую оплату

_____ *Подпись*

Просьба вернуть заполненную форму по эл. почте или по факсу до 1 октября:

Эл. почта: zelveian@armeda.am

Факс: +374 10 288502