

FORMULARIO DE REGISTRO DE GRUPOS

IDENTIDAD DE GRUPO

Nombre de la Empresa:

Cantidad de personas en el grupo (Deben ser al menos 8 personas):

POLITICAS DE CONTRATACIÓN

El **Registro de Grupo** se conforma a partir de las 8 personas. Para asegurar el Registro del Grupo, un representante autorizado de la Empresa debe revisar y completar el siguiente Documento y reenviarlo por correo electrónico a inscripcioneslactrims2023@lactrimsweb.org

El pago debe realizarse con Tarjeta de Crédito o Transferencia Bancaria.

La firma de este Documento servirá como un acuerdo vinculante y contractual entre el Organizador General del Congreso de LACTRIMS 2023 y el grupo representado por el signatario.

SOLICITUD DE REGISTRO DE GRUPO E INSTRUCCIONES DE PAGO

1. El pago de la inscripción grupal al congreso LACTRIMS 2023 se puede realizar a través de tarjetas de crédito American Express, MasterCard, Visa o transferencia bancaria.
2. El pago total debe estar hecho previo a que se distribuya cualquier material del Congreso (becas o credenciales de acceso).
3. Se aplicarán los mismos plazos de inscripción al momento de solicitar el registro de Grupo. Si el mismo no fue abonado previo al vencimiento estipulado del periodo de inscripción, se pasará a tomar el valor del siguiente periodo.

INSCRIPCIONES

MÉDICOS – ESTUDIANTES/RESIDENTES/FELLOWS – OTROS PROFESIONALES –
PACIENTES/FAMILIARES/ACOMPAÑANTES

La Inscripción Incluye:

- Participación en Sesiones Científicas del Congreso
- Participación en Sesiones de E-Posters
- Maletín y material del Congreso
- Ingreso a la Muestra Comercial
- Coffee Breaks diarios
- Cocktail de Inauguración



**ORGANIZACION CIENTIFICA
LACTRIMS**
secretaria@lactrimsweb.org
www.lactrimsweb.org



**ORGANIZACION GENERAL
MET GROUP**
Av. Cabildo 642 · Piso 11°
Buenos Aires · Argentina
Tel: (+5411) 5263-3-MET (638)
info@metgroup.com.ar
www.metgroup.com.ar

PRECIOS Y CATEGORÍAS DE LAS INSCRIPCIONES

CATEGORIA DE INSCRIPCION	DESDE: 12 DICIEMBRE HASTA: 28 FEBRERO	DESDE: 01 MARZO HASTA: 10 AGOSTO	DESDE: 11 AGOSTO ON SITE
MÉDICOS	USD 500	USD 600	USD 750
ESTUDIANTES / RESIDENTES FELLOWS	USD 250	USD 300	USD 350
OTROS PROFESIONALES	USD 250	USD 300	USD 350
PACIENTES / FAMILIARES ACOMPAÑANTES	USD 150	USD 150	USD 150

ARGENTINOS

- Precios expresados en dólares estadounidenses, pagaderos en pesos al cambio oficial al momento de la operación.

EXTRANJEROS

- Precios expresados en dólares estadounidenses

FIRMA: _____ FECHA: _____

ACLARACION: _____

PASOS PARA EL REGISTRO DE GRUPO

1. Enviar el formulario de registro de grupo firmado y fechado a inscripcioneslactrims2023@lactrimsweb.org
2. Una vez registrado por el equipo su pedido se le enviará una hoja de cálculo con los datos a presentar de cada una de las personas que usted desea inscribir.
3. Una vez que haya completado la hoja de Excel, envíela por correo a: inscripcioneslactrims2023@lactrimsweb.org
4. Una vez confirmado el pago y los datos enviados se enviará un email de confirmación y aprobación del proceso de inscripción.



**ORGANIZACION CIENTIFICA
LACTRIMS**
secretaria@lactrimsweb.org
www.lactrimsweb.org



**ORGANIZACION GENERAL
MET GROUP**
Av. Cabildo 642 · Piso 11°
Buenos Aires · Argentina
Tel: (+5411) 5263-3-MET (638)
info@metgroup.com.ar
www.metgroup.com.ar

CAMBIOS DE GRUPO DE INSCRIPCIÓN Y/O CANCELACIONES

1. Las sustituciones de nombres solo se permitirán hasta el 01 de Noviembre de 2023. Luego de esta fecha no se permitirán cambios. Cada cambio que se realice tendrá un costo administrativo de USD 100.-
2. Las cancelaciones de grupo con reembolso se podrán realizar hasta el Noviembre de 2023, solamente tendrá un cargo administrativo de USD 100.-.
3. Todos los cambios deben ser enviados por escrito a inscripcioneslactrims2023@lactrimsweb.org. No se aceptarán cambios enviados por otro medio ni realizados en otro lugar.
4. Los contratos y pagos de las Registros de Grupos se deberán enviar por separado de los contratos y pagos de Alojamiento. Así mismo, las cancelaciones y devoluciones también se aplicarán por separado.
5. LACTRIMS 2023 no se hará responsable de los gastos que pueda tener el asistente para el Congreso, como por ejemplo pasaje aéreo, alojamiento, o cualquier otro gasto incurrido.

FACTURACION

Para el proceso de facturación por favor informar los siguientes datos de la persona de contacto a quien debemos hacerle llegar la factura: Nombre completo, dirección postal, correo electrónico y número de teléfono. Así mismo los datos de facturación: Nombre de la Empresa, Razón Social, Número de CUIT, dirección fiscal.



**ORGANIZACION CIENTIFICA
LACTRIMS**
secretaria@lactrimsweb.org
www.lactrimsweb.org



**ORGANIZACION GENERAL
MET GROUP**
Av. Cabildo 642 · Piso 11°
Buenos Aires · Argentina
Tel: (+5411) 5263-3-MET (638)
info@metgroup.com.ar
www.metgroup.com.ar

MATERIAL DEL CONGRESO

1. Una vez confirmado el Registro de Grupo, el Representante del Grupo, deberá informar a cada participante que él será el responsable de retirar el material de inscripción en la Secretaría del Congreso.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE GRUPO

<i>Nombre del Representante de Grupo:</i>	
<i>Firma:</i>	
<i>Nombre de Grupo / Organizador:</i>	
<i>Dirección – Ciudad – País</i>	
<i>Código Postal</i>	
<i>Teléfono (Incluir código de área)</i>	
<i>Teléfono celular</i>	
<i>Dirección de E-mail</i>	
<i>Número de inscripciones</i>	

Firma: _____

Fecha: _____



**ORGANIZACION CIENTIFICA
LACTRIMS**
secretaria@lactrimswb.org
www.lactrimswb.org



**ORGANIZACION GENERAL
MET GROUP**
Av. Cabildo 642 · Piso 11°
Buenos Aires · Argentina
Tel: (+5411) 5263-3-MET (638)
info@metgroup.com.ar
www.metgroup.com.ar

FORMULARIO DE PAGO CON TARJETA DE CREDITO

Nombre como figura en el cartón de la tarjeta	
Dirección donde llega el resumen	
Dirección	
Código Postal	
Ciudad – Provincia	
País	
Tipo de Tarjeta de crédito	Visa / Mastercard / American Express
Número de Tarjeta de crédito	
Vencimiento	
Código de seguridad	
Monto a pagar en USD (US Dólar)	

AUTORIZO EL USO DE LA TARJETA DE CREDITO PARA REALIZAR TODOS LOS GASTOS DE LAS INSCRIPCIONES DEL GRUPO, A MENOS QUE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO INFORMANDO QUE EL PAGO SE REALIZARÁ CON OTRA TARJETA DE CREDITO O POR MEDIO DE OTRA FORMA DE PAGO.

ENTIENDO QUE ESTOS CARGOS FIGURARÁN EN LA TARJETA DE CREDITO ANTERIORMENTE MENCIONADA Y ACEPTO LA PLENA RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA EL PAGO.

Firma: _____

Fecha: _____



**ORGANIZACION CIENTIFICA
LACTRIMS**
secretaria@lactrimswb.org
www.lactrimswb.org



**ORGANIZACION GENERAL
MET GROUP**
Av. Cabildo 642 · Piso 11°
Buenos Aires · Argentina
Tel: (+5411) 5263-3-MET (638)
info@metgroup.com.ar
www.metgroup.com.ar

TRANSFERENCIA BANCARIA

El pago con transferencia bancaria debe ser realizado a:

Argentina

- Tipo de Cuenta : Cuenta Corriente en pesos
- Banco HSBC
- Nº Cuenta Nº: 0563-24717-7
- Nº CBU: 1500006000005632471778
- Razón Social: Marketing - Events & Travel Group S.A.
- Nº CUIT: 30-70784548-8

Extranjeros

- Bank of America, N.A.
- ADDRESS: Arthur Godfrey, 360 W 41st Street, Miami Beach, FL 33139
- ABA: 026009593
- SWIFT: BOFAUS3N
- A/C: 8980 8516 5994
- The ACH routing code: 063100277
- Account Name: A + C GROUP LLC

IMPORTANTE: El pago total debe ser neto, sin gastos bancarios para nuestra Empresa.

CONTACTO HOUSING

MET GROUP S.A

DEPARTAMENTO DE REGISTRACIÓN DE GRUPOS

Dirección: Av. Cabildo 642 – Piso 11° – Buenos Aires – Argentina

Teléfono: (54 11) 5263-3638

****Por favor devolver este formulario completo a inscripcioneslactrims2023@lactrimsweb.org***

****Su firma indica que ha leído y que está de acuerdo con todos los términos y condiciones mencionados anteriormente.***



**ORGANIZACION CIENTIFICA
LACTRIMS**
secretaria@lactrimsweb.org
www.lactrimsweb.org



**ORGANIZACION GENERAL
MET GROUP**
Av. Cabildo 642 · Piso 11°
Buenos Aires · Argentina
Tel: (+5411) 5263-3-MET (638)
info@metgroup.com.ar
www.metgroup.com.ar