



FORMULARIO DE RESERVA (Enviar por fax al 5861- 4399)

Actividad:

Nombre y apellido:

Empresa: Cargo:

Dirección: CP:

Localidad: Provincia:

Teléfono: Fax: E-mail:

Factura a nombre de: C.U.I.T.:

Domicilio: CP: Localidad:

Persona responsable del pago: Teléfono: Fax:

Forma de pago: Efectivo Cheque (a nombre de IDEA no a la orden)

Tarjetas: Amex Master Visa Electrón

Número:

Vto.: / Clave Seguridad:

Emitida a nombre de: Tipo y nro. de documento:

Firma del responsable de la tarjeta: