

MODULO RICHIESTA DI PRENOTAZIONE
“CORSO RESIDENZIALE TEORICO-PRATICO DI ELETTRONEUROMIOGRAFIA E TECNICHE
NEUROFISIOLOGICHE: GOOD CLINICAL PRACTICE” (Novembre 2026)

Compilare ed inviare il Modulo a:

STARHOTELS METROPOLE
Via Principe Amedeo, 3 – 00185 ROMA
Tel. 06 4774 - Fax 06 4741712
e-mail: reservations.metropole.rm@starhotels.it
Copia a provider@congressvenezia.it

Tipologia di camera	Tariffa	Data	Importo totale del soggiorno
☐ Superior 1 pax	Euro 200,00	In _____ Out _____	Euro _____
☐ Superior 2 pax	Euro 220,00	In _____ Out _____	Euro _____
☐ Superior 3 pax	Euro 260,00	In _____ Out _____	Euro _____

Le tariffe sono intese per camera, per notte, e sono inclusive di Iva 10% e di American Buffet Breakfast.

La Tassa di Soggiorno non è inclusa nella tariffa - € 7.50 per persona, per notte (bambini sotto i 10 anni e residenti a Roma esclusi).

Al fine di beneficiare delle tariffe preferenziali riservate per il Corso Residenziale, La preghiamo di inviare la richiesta di prenotazione, ai riferimenti dell'albergo sopra riportati, **entro e non oltre il 20/10/2026**.

Oltre tale data l'hotel si riserva il diritto di non confermare la disponibilità alle tariffe dedicate all'evento e si riserva il diritto di quotare una camera ed una tariffa diversa.

Questa offerta è riservata per un numero limitato di camere. Quando le camere alla tariffa dedicata sono terminate, l'hotel si riserva il diritto di non confermare la disponibilità e/o si riserva il diritto di quotare una camera ed una tariffa diversa.

Ogni richiesta di prenotazione è soggetta alla disponibilità dell'albergo e dovrà essere riconfermata dallo Starhotels Metropole con un numero di prenotazione

Cognome:		Nome:	
Tel.	Fax:	E-mail:	
Note per l'albergo:			
Intestazione fattura, inclusi Codice Fiscale e/o Partita IVA:			
NOME E COGNOME (O INTESTAZIONE DITTA) _____			
INDIRIZZO _____			
CAP _____ CITTÀ _____ -			
CF o P.IVA _____			

Qui di seguito sono indicati gli estremi della mia carta di credito, a garanzia della prenotazione alberghiera. Autorizzo l'hotel ad addebitare ogni eventuale penalità sulla mia carta di credito, nel rispetto della politica di cancellazione sotto riportata:

Carta di Credito: America Express ☐ Visa ☐ Master Card ☐ Altro: _____	
Nome e Cognome del Titolare della Carta di Credito: _____	
Numero Carta di Credito: _____	Scadenza: _____

Condizioni di pagamento:

la carta di credito verrà preautorizzata entro il 20/10/2026 - pagamento con carta di credito in hotel
La tassa di soggiorno sarà pagata in hotel.

Condizioni di cancellazione:

Entro il 20/07/2026 il partecipante ha la possibilità di annullare l'intera prenotazione senza penali.
Entro il 20/09/2026 verrà applicata una penale pari al 50% del prenotato.
Dal 21/09/2026 verrà addebitato il 100% della quota di soggiorno in caso di cancellazione, riduzione del soggiorno o no show.

Per accettazione Data e Firma _____