

## Boletín de reserva

### Datos de facturación

Razón social RUT  
Dirección  
Ciudad C.P tlfno  
E-mail

**\*\*\*Es imprescindible que nos envíen por e-mail el logotipo corporativo que desean que parezca en las publicaciones de las jornadas. Formato .Tiff, .Psd o .Eps, con una calidad de 300ppp**

Persona de contacto para seguimiento del acuerdo

Nombre comercial con el que desea aparecer

**\*\*\* Por favor, escríbalo tal y como debe aparecer (mayúsculas, minúsculas, acentos). Este nombre comercial será el que se publique en el programa.**

Aceptamos las condiciones de la exposición comercial, solicitando por medio de la presente la colaboración de:

1ª opción stand(s) n° Total m<sup>2</sup>

2ª opción stand(s) n° Total m<sup>2</sup>

Mesa/ Simposio

Taller

Otra colaboración

Al precio total indicado de + 19% IVA, para lo cual abonaremos el 100% de su precio mediante:

**Nombre del Beneficiario:** Sociedad chilena de otorrinolaringología

**Entidad:** Banco Chile

**Núm. de Cuenta la Cuenta Corriente:** 0561363834

**RUT:** 71.115.000-5

Fecha

Firma