**Предприятие**

**Представитель** (фамилия и имя указываются как в загранпаспорте)

Фамилия Имя

Должность, учёная степень

Дата рождения

Тел. (рабочий) Моб.

E-mail Факс

**В случае, если Вас сопровождает супруга**

Ф.И.О. супруги (как в загранпаспорте)

E-mail или контактный тел. супруги

**Отель «Divani Apollon Palace & Thalasso»** (10 Ag. Nikolaou & Iliou, 16671, Vouliagmeni)

 Тел. +30 210 89 11100, www.divanis.com

[ ]  Бронирование через МА «Интеркабель» (предоплата) [ ]  Самостоятельно

Дата прибытия Дата отъезда

**Номера**

Одноместное размещение Двухместное размещение

[ ] Superior room (€180) [ ] Superior double room (€200)

**Оплата**

[ ]  кредитной картой [ ]  по счёту отеля

 (с заполнением авторизационной формы) (предоплата)

Название Вашего отеля в случае самостоятельного бронирования:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прибытие:** № рейса откуда дата вылета

**Отъезд:** № рейса куда дата вылета

**Оплата регистрационного взноса в размере €200** (за каждого второго и последующего участника) **осуществляется**:

[ ]  по безналичному расчёту [ ]  наличными по прибытии

**Участие в обзорной экскурсии по Афинам** (26.10.17):

 [ ]  да [ ]  нет

Дата Подпись