

HEART FAILURE 2005

11 – 14 June 2005



PARQUEAMENTO | PARKING

Contacto / Contact: Telef: 21- 360 1400/01 - Fax: 21- 363 94 50

Empresa / Company:	_____				
Contribuinte / Fiscal ID:	_____				
Contacto / Contact:	_____				
Morada / Address:	_____				
Código Postal / Postal Code:	_____	Local / Town:	_____		
Distrito / District:	_____	País / Country:	_____		
Telefone / Phone:	_____	Fax:	_____	Email:	_____

PARQUEAMENTO / PARKING	COD	QT	EURO	CUSTO COST
Preço Dia / Day Price *			9,00	
Pernoita Camião TIR / TIR Night Parking			76,70	
Pernoita Veículo Pesado / Truck Night Parking			51,20	
Pernoita Veículo Ligeiro / Car Night Parking			25,60	

* O cartão de Parque para o evento é facturado apenas pelos dias do evento mas permitindo o seu uso durante a montagem e desmontagem / The Parking Card will be charged only for the Show but can be used also for the setting up and dismantling

SUB-TOTAL _____

IVA/VAT 19% _____

TOTAL _____

A não reserva de estacionamento implica o seguinte tarifário :

Price list for parking no request: :

1ª Hora 1st Hour	1,00 €
2ª Hora 2nd Hour	1,00 €
3ª Hora 3rd Hour	1,00 €
4ª Hora 4th Hour	1,00 €
5ª Hora e Seguintes 5th Hour and next	2,00 €

Condições de Pagamento / Payment Conditions:

100% na altura do pedido (o pedido é apenas válido após pagamento) / Full Payment must be made to secure order (order will only be processed on receipt of payment)

Eu autorizo a debitar no meu cartão de crédito / I duly authorise you to charge my credit card:

VISA EURO/MASTERCARD OTHER _____

Cartão nº / Card nº: _____

Data de Validade / Expiry date: _____

Nome possuidor cartão / Card holder name: _____

Assinatura / Signature: _____

Montante Total a pagar / Total amount to be paid: _____

Transferência Bancária / Bank Transfer to:
AIP - Associação Industrial Portuguesa

Conta nº / Account N.º: PT5000180000008285500115

Swift Code Number: TOTA PT PL

Nome do Banco / Bank Name: Totta & Açores

Escritório / Office: Santo Amaro - Lisboa - PORTUGAL

Montante total a pagar / Total amount to be paid:

ASSINATURA/SIGNATURE: _____

DATA/DATE: ____/____/____

HEART FAILURE 2005

11 – 14 June 2005



Enviar para / Send to:

CCL – Lisboa Congress Centre

Fax: + 351 21 3639450/E-mail: lisboacc@aip.pt

To be complete by AIP Congressos:

Recebido: ___/___/___ Ass. _____

Factura nº _____

ASSINATURA/SIGNATURE: _____

DATA/DATE: ___/___/___