



7th INTERNATIONAL
CONFERENCE OF NUCLEAR
CARDIOLOGY

8 – 11 May 2005



REQUISIÇÃO DE PESSOAL DE APOIO | SUPPORT STAFF

Contacto / Contact: Telef: 21- 3601400/01 - 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: _____ |

| RECEPCIONISTAS / HOSTESS | COD | QT | EURO | CUSTO COST |
|--------------------------|-----|----|-------|--------------|
| Preço Hora/ Hour Price | | | 10,00 | |

SUB-TOTAL _____
 IVA/VAT 19% _____
 TOTAL _____

IDIOMA | REQUIRED LANGUAGES

INGLÊS / ENGLISH ESPANHOL / SPANISH FRANCÊS / FRENCH OUTRA / OTHER _____

- As recepcionistas realizam exclusivamente o horário do Evento / *Hostess only work while the Event is open*
- As recepcionistas dispõem de 1 hora para almoço / jantar / *Hostess have an hour launch / dinner break*
- As recepcionistas apresentam-se, no primeiro dia, meia hora antes do previsto para o Evento. Se o Organizador desejar uma entrevista prévia, na tarde anterior com a(s) recepcionista(s) solicitada(s), facturar-se-á também à hora / *Hostess will turn up on the first day, half an hour before the expected opening time of the Show. If the Exhibitor wishes to interview the hostess on the previous day it will be charged per hour.*

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)*

ASSINATURA/SIGNATURE: _____

DATA/DATE: ____/____/____



7th INTERNATIONAL
CONFERENCE OF NUCLEAR
CARDIOLOGY

8 – 11 May 2005



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: PT50001800000008285500115

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:

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: ___/___/___