Para asegurarnos que su estadía sea lo mejor posible pedimos por favor recibir las informaciones que encuentra debajo. Todas las comidas mencionadas (almuerzos y cenas), transporte desde y hasta Sanquin Blood Supply y el siguiente crucero por el Canal de Ámsterdam serán pagados por la Dutch Blood Donor Association. Para evitar expensas inútiles es importante recibir la planilla con todas las informaciones requeridas.

Por favor, completar con todas las informaciones y enviar (preferiblemente) por email a: bestuur@dvnl.nl

Además, también se puede enviar a: Mr. Harry Seijkens

 Jeroen Boschlaan 7

 5151 SP Drunen (NB)

 The Netherlands

|  |  |
| --- | --- |
| Llegada:(por favor completar con letras imprenta) |  |
| Fecha de llegada: |  |
| Medio de Transporte |
| ⃝ Avión  | ⃝ Ámsterdam⃝ ……………………………… | Numero de vuelo……………………………………….. | Horario de llegada……………………………………….. |
| ⃝ Tren  | ⃝ Ámsterdam Central⃝ ……………………..……… | Horario de llegada……………………………………….. |  |
| ⃝ Transporte privado | Horario de llegada (estimado)………………………………….. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Partida:(por favor completar con letras imprenta) |  |
| Fecha de salida |  |
| Medio de Transporte |
| ⃝ Avión  | ⃝ Ámsterdam⃝ ……………………………… | Numero de vuelo……………………………………….. | Horario de Salida……………………………………….. |
| ⃝ Tren  | ⃝ Ámsterdam Central⃝ ……………………..……… | Horario de Salida……………………………………….. |  |
| ⃝ Transporte privado | Horario de Salida (estimado)………………………………….. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Informaciones Personales Básicas:(por favor completar con letras imprentas) |  |
| Nombre |  |
| Apellido |  |
| País que se representa |  |
| Organización/ Asociación que se representa |  |
| Dirección  |  |
| Código Postal   |  |
| Numero de Celular |  |
| Dirección Mail  |  |
| Lengua materna |  |
| Otros idiomas(por favor marcar / aclarar) | ⃝ Ingles ⃝ …………………………………………⃝ Francés ⃝ ……………………………… …………⃝ Español ⃝ ……………………………… …………⃝ Italiano ⃝ ……………………………… …………⃝ Portugués ⃝ ……………………………… ………… |
| Comidas / Dietas preferidas | ⃝ Vegetariano (no carnes o derivados)⃝ Halal (Islámico)⃝ Kosher (Hebreo)⃝ ……………………………………………………………………….⃝ ………………………………………………………………………. |
| Medicamentos / informaciones medicas | ⃝ Alérgico a: …………………………………………………….. ………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………….⃝ Medicamentos (escribir el nombre de los medicamentos): ………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………….⃝ Otras informaciones: …….………………………………….. ………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Participo el Jueves 30 de Abril **2015** | **Participación** | **Programa** |
| Reunión del Consejo Ejecutivo | SI / NO | 10.00 – 12.00 |
| Almuerzo | Si / NO | 12.30 – 13.30 |
| Reunión del Comité Continental:…………………………………………………………………………………(aclarar el nombre del Comité Continental) | SI / NO | 14.00 – 16.00 |
| Reunión de la Fundación de Solidaridad | SI / NO | 16.00 – 18.00 |
| Reunión del Comité Medico  | SI / NO | Se programara por la tarde |
| Cena | SI / NO | 19.00 – 21.00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Participo el Viernes **1 de Mayo, 2015** | **Participación** | **Programa** |
| Abertura de la reunión en el Sanquin Blood Supply:* Esta incluido el Almuerzo en el Sanquin Blood Supply;
* Esta incluido el Tour en el Sanquin Blood Supply.
 | SI / NO | 9.30 – 15.00 |
| Por la tarde el crucero por el Ámsterdam Canal  | SI / NO | 15.00 – 17.00 |
| Cena | SI / NO | 19.00 – 21.00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Participo el Sábado **2 de Mayo, 2015** | **Participación** | **Programa** |
| Asamblea General | SI / NO | 09.00 – 12.00 |
| Cierre y saludos | SI / NO | 12.30 – 14.00 |

**Recuerde llenar la planilla para la reserve del hotel ! ! !**