



**Seminario Regional: Las Radiaciones No Ionizantes
Protección de la Salud y Claves para el Despliegue de Infraestructura**

**Regional Seminar: Non-Ionizing Radiation
Keys for Deployment of Infrastructure and Health Protection
16 – 17 December 2010**

HOTEL RESERVATION / RESERVA DE HOTEL

Please type or print clearly. Retain a copy for your records. Please send this form **as soon as possible**, to the Hotel (Srta. Carolina Menardi, reservas@castelhotel.com.ar) and one copy to María Victoria Sukenik (National Coordinator), e-mail address: msukenik@secom.gov.ar // *Sírvase escribir a máquina o en letra de imprenta. Conserve copia. Enviar este formulario al hotel a lo mas temprano posible* (Srta. Carolina Menardi, reservas@castelhotel.com.ar), *con copia* María Victoria Sukenik (Coordinador Nacional) correo electrónico: msukenik@secom.gov.ar, Tel: +54 11 4318-9428, Fax: +54 11 4318-9432.

Last Name/ Apellido:		First Name/ Nombre:	
Organization-Company/ Organización-Compañía:			
Address/ Dirección:			
Tel.:		Fax:	E-mail:

Hotel		Please choose type of room/ Por favor seleccione tipo de habitación		Remarks/ Observaciones
Hotel Name/ Nombre del Hotel	Number/ Número	ROOM/HABITACIÓN	PRICE/ TARIFA	
Castelar Hotel Av. De Mayo 1152 Ciudad de Buenos Aires Tel +54 11 4383-5000 Fax. +54 11 4383-8388		Single/Double	<input type="checkbox"/>	
		Triple	<input type="checkbox"/>	

Shared with / Compartida con: _____

Arrival date and time / _____

Fecha y hora de llegada: _____

Airline and flight No./ _____

Aerolínea y No. de vuelo _____

Departure date and time/ _____

Fecha y hora de salida _____

I authorize the use of the following credit card to guarantee my hotel reservation /

Autorizo el uso de la siguiente tarjeta de crédito a fin de garantizar la reserva de hotel:

Type of Card/ Tipo de Tarjeta:	<input type="checkbox"/>	Number/ Número:	<input type="checkbox"/>
Name on Card/ Nombre:	<input type="checkbox"/>	Expiration Date/ Fecha de expiración:	<input type="checkbox"/>