Taller Trilateral sobre evaluación de riesgos y salud ambiental de la infancia

Oaxaca, México. Del 19 al 21 de Febrero de 2003

(P.351. Supplemental Funds/321.09.02. Erica Phipps/José Carlos Tenorio)

Favor de llenar y enviar a: Servicios a Reuniones por correo electrónico meetingservices@ccemtl.org o por Fax: (514) 350-4345.

No más tarde del 20 de Enero

(Después de esta fecha, la Comisión no puede garantizar la preparación de los arreglos de viaje para nuestros participantes)

Formulario de Inscripción

Servicios a Reuniones Liliana Paz-Miller, Coordinadora Olga Sotelo, Asistente Daniel Brevé, Asistente **E-mail** : meetingservices@ccemtl.org FAX: (514) 350-4345	**ASISTIRÉ** ☐ SÍ ☐ NO	**Hablo** ☐ Inglés ☐ Francés ☐ Español	**Comprendo** ☐ Inglés ☐ Francés ☐ Español

Identificación

Nombre: Sr. ☐ Sra. ☐	Nombre	Apellido	
Cargo:		Organización:	
Dirección:			Ciudad:
Estado:	País:		Código Postal:
Tel.(Res):	Tel. (Off.):	FAX:	E- mail

Arreglos de viaje

La CCA agradecería que los participantes y sus instituciones cubrieran los gastos de viaje y alojamiento.

- **¿Necesita apoyo financiero de la CCA para sus arreglos de viaje?** ☐ **Sí** ☐ **No**
- ¿Desea que nuestra agencia de viajes organice su traslado?
  (Esto se aplica solamente a los participantes a quienes la CCA pagará los gastos de viaje. Por favor lea las condiciones en su invitación. Si nos es posible, tomaremos en cuenta sus preferencias al tramitar su boleto)

☐ **Sí**	**Ciudad y fecha de salida**:	**HORA**
	Ciudad y fecha de regreso:	**HORA**
☐ **No**	Sírvase informarnos de los arreglos que realice por su cuenta. En ese caso, en cuanto recibamos la factura original le reembolsaremos el equivalente de un boleto en clase económica.	

Hotel

Hotel Fortin Plaza: Av. Venus No. 118, Colonia Estrella, CP. 68040, Tel: +52 (9) 515.77.77/ Fax: +52 (9) 515.13.28

- **¿Necesita ayuda financiera para su estancia en el hotel?** ☐ **Sí** ☐ **No**
- ¿Desea que la CCA haga su reservación de hotel? ☐ **Sí** ☐ **No**

Tipo de habitación: Sencilla: ☐	No Fumador: ☐	♿ ☐	Entrada: / / (día mes año)
Doble: ☐	Fumador: ☐	¿Tiene alergia a algún alimento? (favor indicar)	Salida: / / (día mes año)
Fecha:		**Firma:**	