SIPRO AD ALTA QUOTA

SIPRO
Società Italiana di
Protesi Dentaria e
Riabilitazione Orale

CLUB MED SAINT-MORITZ ▪ 3-7 MARZO 2027

Un'esperienza esclusiva di quattro giorni pensata per unire scambio professionale, momenti di relax e occasioni di divertimento condiviso. Un'opportunità per ritrovarci in un contesto informale, approfondire temi di comune interesse, confrontarci su progettualità future e, allo stesso tempo, vivere insieme un'esperienza in un ambiente unico.

SCHEDA DI ADESIONE

Si prega di trasmettere la presente scheda, debitamente compilata,
a mezzo fax oppure e-mail, preferibilmente **non oltre 31 gennaio 2027**, a:
SIPRO ▪ E-mail: segreteria@siprotesi.it

NOME E COGNOME

NOME E COGNOME ACCOMPAGNATORE/I

NOME E COGNOME ACCOMPAGNATORE/I

NOME E COGNOME ACCOMPAGNATORE/I

TEL. _____ E-mail: _____

Orari di svolgimento delle sessioni di lavoro

Giovedì, 4 marzo ore 14.00-17.30; Venerdì, 5 marzo ore 17.00-19.30; Sabato, 6 marzo ore 17.00-19.30

QUOTE DI PARTECIPAZIONE:

Le quote comprendono: il soggiorno, food & drink (colazione, pranzo e cena - alcolici inclusi), Skipass / accesso alle piste da sci del comprensorio (sci, snowboard, etc), corsi di sci per ogni livello, accesso alle strutture wellness / benessere: spa, zona piscina, sauna/hamam, animazione, parcheggio privato, oltre ai principali servizi e attività previsti dal pacchetto all-inclusive del Club Med.

N.B. **le quote indicate rimangono invariate nel caso di soggiorno anticipato (con arrivo tra il 28 febbraio e il 2 marzo) rispetto alle date di svolgimento dell'iniziativa SIPRO (3-7 marzo)**;

☐ Doppia Letti Singoli	€ 4.700 (2 pax)
☐ Doppia Letto Matrimoniale	€ 4.700 (2 pax)
☐ Doppia + bambino sotto i 4 anni	€ 4.700 (3 pax)
☐ Doppia + Bambino 5-11 Anni	€ 6.600 (3 pax)
☐ 1 Adulto + 1 bambino 5-11 Anni	€ 4.500 (2 pax)
☐ 1 Adulto + 1 Teenager 12-18	€ 4.700 (2 pax)

☐ 2 Adulti + 2 Teenager € 8.400 (2 pax)

☐ Doppia Uso Singola € 3.700 (1 pax)

☐ Intendo anticipare il mio arrivo in data:

☐ domenica **28 febbraio** ☐ lunedì **1° marzo** ☐ martedì **2 marzo**

N. totale notti di soggiorno: _____

Eventuale richiesta supplementare/ note:

In caso di annullamento della prenotazione, comunicato per iscritto alla Segreteria SIPRO entro il **14 gennaio 2027**, le somme già versate, a titolo di acconto o saldo, saranno rimborsate **al netto di € 50,00 a persona**, trattenuti a titolo di spese amministrative.

Oltre tale data, **non sarà esigibile alcun rimborso**.
Le camere saranno garantite con il concetto First Come First Serve fino a esaurimento delle camere della struttura alberghiera

DATI PER L'INTESTAZIONE DELLA RICEVUTA *(Campi obbligatori, salvo ove diversamente indicato)*

Intestatario della ricevuta (Nome e Cognome / Ragione sociale)

Indirizzo (Via/Piazza e numero civico)

CAP _____ **Città** _____ **Prov.** _____

Codice Fiscale

Partita IVA *(se applicabile)*

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Acconto all'atto dell'iscrizione: € 2.500=
- Saldo da effettuarsi entro e non oltre il 10 febbraio 2027

☐ **Bonifico bancario**
effettuato a favore di SIPRO – Società Italiana di Protesi e Riabilitazione Orale presso Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Milano (via Mazzini, 7)
IBAN: IT66H0103001600000010250679
riportare nella causale "nome, cognome, SIPRO AD ALTA QUOTA 2027".
Una volta eseguito il bonifico e l'importo accreditato sul conto corrente sopra indicato, la Segreteria confermerà l'avvenuta prenotazione, soggetta alla verifica dell'occupazione della struttura alberghiera.

ATTIVITÀ SOCIALI

Confermo la partecipazione alle seguenti attività:

Mercoledì, 3 marzo

☐ ***Cocktail di benvenuto***- ore 19.30 - 20.30 n. partecipanti [___]

☐ ***Cena di benvenuto*** - dalle 20.30 n. partecipanti [___]

Giovedì 4 Marzo

☐ ***Late Brunch*** n. partecipanti [___]

☐ ***Cena in struttura***, orario a propria scelta n. partecipanti [___]

Venerdì, 5 marzo

☐ ***Pranzo*** n. partecipanti [___]

☐ ***Cena in struttura***, orario a propria scelta n. partecipanti [___]

Sabato, 6 marzo

☐ ***Pranzo*** n. partecipanti [___]

☐ ***Cena sociale di chiusura evento*** **(menu tipico svizzero)** n. partecipanti [___]

Si invita a segnalare eventuali intolleranze o allergie alimentari:

_____