

Aby dokonać rezerwacji, proszę wypełnić poniższy formularz i odesłać go faksem na numer 91/480 18 05
lub skan e-mailem: H3369-RE1@accor.com



Termin: 11-14.09.2019 r. rezerwacje na hasło Zjazd Neurochirurgów

Nazwisko i imiona osób nocujących:

HoRodzaj pokoju: prosimy o zaznaczenie X wybierając odpowiedni wariant

- Pokój standardowy 1-osobowy **270 zł/ doba**
- Pokój standardowy 2-osobowy **300 zł/ doba**

ADRES – DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY /Proszę wypełnić drukowanymi literami/

Imię i Nazwisko:

Nazwa Fimy: **NIP:**

Ulica:

Miejscowość:, kod poczt.....

Telefon: **Fax:**....., **e-mail:**

Forma płatności:

- Przedpłata- zgodnie z podanymi niżej warunkami Numer konta do przedpłat: 08 1840 0007 2211 8040 0811 0319
- Płatność kartą płatniczą/ kredytową. Wyrażam zgodę na dokonanie preautoryzacji na poniższej karcie zgodnie z warunkami rezerwacji/ anulacji:

Imię i Nazwisko posiadacza:

Numer karty: **Data ważności:**.....

Informacje:

1. Powyższe ceny pokoi podane są w złotych i dotyczą zakwaterowania w jednym pokoju za jedną dobę. **W cenę wliczone jest śniadanie** oraz podatek Vat.
2. Doba hotelowa w hotelach rozpoczyna się o godz. 14.00 w dniu przyjazdu a kończy o godz. 12.00 w dniu wyjazdu.

Warunki rezerwacji/ anulacji:

1. Rezerwacje będą potwierdzane w miarę dostępności pokoi hotelowych.
2. Do momentu otrzymania ze strony gościa gwarancji płatności, wszystkie rezerwacje pokoi będą traktowane jako rezerwacje wstępne, które mogą zostać przez hotel anulowane. Jako gwarancję przyjmuje się przedpłatę za całą rezerwację lub podanie danych karty kredytowej i wyrażenie zgody na preautoryzację na karcie.
3. Goście mają prawo do dokonania bezkosztowej anulacji lub zmiany rezerwacji najpóźniej do dnia 01.09.2019.
4. W dniu 01.09.2019 wszystkie rezerwacje nie zagwarantowane (wstępne) zostaną anulowane. Reaktywacja rezerwacji możliwa będzie pod warunkiem dostępności pokoi.

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się i akceptuję powyższe warunkami rezerwacji i anulacji.

Data:

Podpis: