

HOTEL RESERVATION FORM

Per prenotazioni relative a "24th world congress of international society of lymphology", si prega di compilare il form sottostante ed inviare entro una copia della prenotazione tramite fax o e-mail a:

- ✓ Fax: 0039 (0)6 6537637
- ✓ E-mail: conference@holidayinn-eur.it

PER FAVORE COMPILARE IN STAMPATELLO

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____
C.a.p. _____ Paese _____
Telefono _____ Fax _____
E-mail _____

RICHIESTA CAMERE

| | | | |
|--------|---------------|--------------------------------|---|
| N.____ | DUS | € 115,00 per camera, per notte | Colazione Americana a buffet ed IVA 10% incluse |
| N.____ | Camera doppia | € 125,00 per camera, per notte | Colazione Americana a buffet ed IVA 10% incluse |

Data di arrivo: _____ Data di partenza: _____ Numero di notti: _____

Tassa di soggiorno

Vi ricordiamo che la tassa di soggiorno non è inclusa nelle tariffe sopra indicate. Il corrispettivo di € 3,00 p.p. a notte andrà saldato al Ricevimento al momento del check-out.

Modalità di Cancellazione

Per cancellazioni effettuate (via fax o e-mail) entro 3 giorni dalla data di arrivo non sarà prevista alcuna penalità.
Per cancellazioni effettuate oltre tale termine o per eventuale no-show (mancato arrivo) è previsto l'addebito della prima notte di pernottamento sulla carta di credito qui indicata:

Nome del proprietario: _____

Tipo di carta: Visa Amex Diners Altro _____ (specificare)

Numero di carta: _____

Scadenza: ____ / ____

Firma: _____

Informazioni Carta di Credito

Firmando il presente form si autorizza l'Holiday Inn Rome Eur Parco dei Medici ad utilizzare i dati della carta di credito forniti, in relazione alle condizioni sopra menzionate.



Holiday Inn