



XXVII Zimowa Konferencja Medycyny Ratunkowej i Intensywnej Terapii 2018
27th Winter Symposium of Emergency Medicine and Intensive Care,
Hotel Mercure Karpacz Skalny, 07 - 10.03.2018 r.

Formularz rezerwacyjny, Reservation Form

Imię/Forename.....
Nazwisko/Surname.....
AdresAddress.....
.....
Kod pocztowy/Postcode.....
Miasto/City.....
Państwo/Country.....
Tel:
Fax:.....
Email:.....

W przypadku rezerwacji miejsca w pokoju dwuosobowym lub pokoju dwuosobowego prosimy o podanie imienia i nazwiska osoby towarzyszącej. Osoba towarzysząca proszona jest również o wypełnienie formularza rezerwacyjnego.

(In case of reservation double room or place in a double room, please fill in name of accompanying person. Accompanying person should complete reservation form).

Imię/Forename.....
Nazwisko/Surname.....
Tel:
Email:.....



KARPACZ SKALNY



Ważne: Rezerwacje przyjmowane według kolejności zgłoszeń- liczba miejsc ograniczona.
Important: Acceptance reservation depends of amount available room – possibility to make a reservation limited.

Proszę o zarezerwowanie (I would like to make a reservation):	Typ pokoju	Ilość	Dzień przyjazdu (Arrival date)	Dzień wyjazdu (Departure date)	Koszt pobytu (Cost of stay)
pokój jednoosobowy (single room)	<input type="checkbox"/>		07.03.2018	10.03.2018	1 155,00 PLN
miejsce w pokoju 2-osobowym (place in a double room)	<input type="checkbox"/>		07.03.2018	10.03.2018	795,00 PLN
pokój dwuosobowy (double room)	<input type="checkbox"/>		07.03.2018	10.03.2018	1 590,00 PLN

W cenę pokoju **nie została wliczona opłata klimatyczna**, która wynosi **2,20 zł/os. za dobę**
(przy pobytach min.2 noclegi). Opłata zostanie uwzględniona w potwierdzeniu rezerwacji oraz fakturze ogólnej
(Local tax is not included in room price – 2,20 zł/person/day (minimum 2 nights stay).
Tax will be included in the booking confirmation and total invoice).

Przedpłata : **100%** wartości zamówienia, rezerwacja bezzwrotna, bez możliwości anulacji i zmian.
*(Reservation payment : 100% of reservation value, non-refundable, if cancelled, modified or in case of no-show
the total price of reservation will be charged).*

**Akceptację rezerwacji w hotelu Mercure Karpacz Skalny stanowi potwierdzenie przesłane
przez hotel na podany adres mailowy.**
(Hotel accepts the reservation by confirmation form sent by mail.)

Sposób płatności (payment method):

Przedpłaty dokonam w następujący sposób:

(I would like to make a payment for reservation using the following):

AMERICAN EXPRESS - ,

VISA - ,

EUROCARD/MASTERCARD - ,

JCB - ,

DINERS CLUB - ,



KARPACZ SKALNY

UL. OBROŃCÓW POKOJU 5 | 58-540 KARPACZ – POLSKA | TEL.: +48 75 752 70 00 | FAX: +48 75 761 91 03 | E-MAIL: H3429@accor.com

mercure.com | accorhotels.com

ORBIS S.A. | ul.Bracka 16 | 00-028 Warszawa - Polska | NIP: 526-025-04-69 | REGON: 006239529



PRZELEW (Money transfer) Przedpłata powinna wpłynąć na konto hotelu nie później niż 7 dni od dnia dokonania rezerwacji (Reservation fee should be paid to Hotel's bank account no later than 7 days from date of booking) -

W przypadku braku przedpłaty rezerwacja zostanie automatycznie anulowana.
(Without prepayment reservation will be automatically cancelled).

Nazwisko i imię z karty (card holder name):

Adres posiadacza karty / Credit card owner address: (jeśli jest inny niż adres wpisany powyżej/ if the address is different than mentioned above)

.....

Numer karty
Credit Card
No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ważna do
Validity

		/		
mm			yy	

KOD CVV2/
CVC2/Code

--	--	--

Upoważniam Hotel **MERCURE KARPACZ SKALNY** do obciążenia mojej karty płatniczej kwotą jako przedpłata za usługi hotelowe świadczone podczas **XXVII Zimowej Konferencji Medycyny Ratunkowej i Intensywnej Terapii 2018.**

I authorize **MERCURE KARPACZ SKALNY** Hotel to charge my credit card with the amount..... as a prepayment for hotel services during the **27th Winter Symposium of Emergency Medicine and Intensive Care.**



KARPACZ SKALNY



Adres do faktury / Invoice address: (w przypadku braku danych do faktury zostanie ona wystawiona na adres prywatny / If no other address will be provided, an invoice will be issued to the home address)

Nazwa firmy / Company name:.....

Adres / Address.....

Kod pocztowy / Postcode.....

Miasto / City.....

NIP / VAT number:

.....
Podpis (Signature)

Wypełniony Formularz należy wysłać faksem na numer: 75/76-19-103
lub mailem: H3429-SM2@accor.com



KARPACZ SKALNY