

bitte faxen an die GHBF unter: +49 89 33037131 oder per E-Mail: kontakt@ghbf.de

| |
|-----------------|
| Name |
| Telefon: |
| Mobil: |
| Fax: |
| E-mail: |
| Unterschrift: * |

Übernachtungsreservierung für den Ausbildungskurs der GHBF

27.-29.03.2020

| |
|-------------------|
| Rechnungsadresse: |
|-------------------|

| | |
|----------------|-----------------|
| Ankunft | ___ / ___ / ___ |
|----------------|-----------------|

| | |
|----------------|-----------------|
| Abfahrt | ___ / ___ / ___ |
|----------------|-----------------|

| | |
|----------------|-----------|
| Uhrzeit | ___ : ___ |
|----------------|-----------|

| | |
|----------------|-----------|
| Uhrzeit | ___ : ___ |
|----------------|-----------|

Zimmer (Preise inkl. Frühstück & MwSt.) - bitte kreuzen Sie an

| | | | |
|--|-----------------------|---|-----------------------|
| Standard Doppelzimmer € 139,- /Zimmer/Nacht | <input type="radio"/> | Standard Einzelzimmer € 99,- /Zimmer/Nacht | <input type="radio"/> |
| Superior Doppelzimmer € 159 -/Zimmer/Nacht | <input type="radio"/> | Superior Einzelzimmer € 129- / Zimmer /Nacht | <input type="radio"/> |
| Suite Ducal für 2 Erwachsene € 169-/Zimmer/Nacht | <input type="radio"/> | Suite Ducal für 1 Erwachsene € 139- / Zimmer /Nacht | <input type="radio"/> |
| Villa für 2 Erwachsene € 299-/Zimmer/Nacht | <input type="radio"/> | Villa für 1 Erwachsene € 259- / Zimmer /Nacht | <input type="radio"/> |

Kostenfr. Stornierung bis 7 Tage vor Anreise, ab 6 Tage und bei Nichtanreise werden 100% der Aufenthalt berechnet.

| Anzahl der Personen im Zimmer | | | | REGIMEN | | |
|-------------------------------|------|--------------|------------|---------|--|---|
| | Erw. | Kind (02-12) | Baby (0-2) | | | |
| Anzahl Personen | | | | | | Aufpreis für die Unterbringung von Kindern pro Nacht im gleichen Zimmer wie die Eltern 0-1 Jahr kostenfrei 2 - 12 Jahre = € 60 / Kind / Nacht |

Kostenübernahme

Die Kosten für die Übernachtung und Frühstück, sowie evtl Extras werden bei Abreise bezahlt.

KREDITKARTENUMMER

Die Reservierung kann nur durch Angabe einer Kreditkartennummer bestätigt werden.

| | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|-------------------------------|----------------------|--|
| VISA MC Maestro Amex | <input type="checkbox"/> | Kredit Karten Nr. | _____ / _____ / _____ / _____ | gültig bis ___ / ___ | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Name | _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> | Kostenfr. Stornierung bis 7 Tage vor Anreise, ab 6 Tage und bei Nichtanreise werden 100% der Aufenthalt berechnet. | | | |

Anmerkungen/Wünsche

*Mit dem Ausfüllen dieses Formulars erkläre ich mich mit der Weitergabe meiner Daten an das Hotel einverstanden.