

RESERVIERUNGSFORMULAR "Chirurgenkongress 2017"

Hotel Bayerischer Hof
Promenadeplatz 2-6
D-80333 München

Tel: +49 89 2120 900
Fax: +49 89 2120 906

www.bayerischerhof.de



REF: MCN2103 01

NAME (Druckbuchstaben): _____

ADRESSE: _____

TELEFON: _____ FAX: _____

ANREISE: _____ ABREISE: _____

DOPPELZIMMER ZUR EINZELNUTZUNG zu € 240,00 No. _____

DOPPELZIMMER zu € 280,00 No. _____

Für unser Champagner-Frühstücksbuffet, das wir individuell im Dachgarten des Hotels servieren, berechnen wir zusätzlich € 36,00 pro Person und Tag.

Die angegebenen Preise verstehen sich pro Zimmer und pro Nacht, inklusive 19% MwSt. und Servicegeld

ANREISE MIT PKW: _____ KENNZEICHEN: _____

Gerne reservieren wir Ihnen einen Tiefgaragenstellplatz zu € 35,00 pro Tag.

KREDITKARTEN - AUTHORISATION

NAME: _____

KREDITKARTENNUMMER: _____

VERFALLSDATUM: _____

UNTERSCHRIFT: _____ DATUM: _____

Hiermit bestätige ich, dass die Reservierung auf oben angegebene Kreditkarte garantiert wird. Im Falle einer Stornierung werden wir 90% des Zimmerpreises in Rechnung stellen.

Reservierungsbestätigung **HOTEL BAYERISCHER HOF**

Name: _____ Unterschrift: _____

Stempel: _____ Datum: _____