

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

เรื่อง.....

ระหว่างวันจันทร์ที่ 25-29 เมษายน 2559

หน่วยงาน / หน่วยคัดกรองโรคมะเร็งระดับชาติ สถาบันมะเร็งแห่ง
สถานที่ / ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ

- ☺ ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,500.-บาทสุทธิ รวมอาหารเช้า (พัก 1 ท่าน)
- ☺ ห้องพักคู่ ราคา 1,700.-บาทสุทธิ รวมอาหารเช้า (พัก 2 ท่าน)
- ☺ ห้องพัก ราคา 2,700.-บาทสุทธิ รวมอาหารเช้า (พัก 3 ท่าน)

เงื่อนไขการชำระเงิน

- ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างเข้าพักเรียกเก็บกับผู้ใช้เข้าพักโดยตรง
- เพื่อเป็นการยืนยันการจองห้องพัก กรุณาโอนเงินค่าห้องพักเฉพาะคืนแรกให้ทางโรงแรมฯ พร้อม ส่ง
โทรสาร แบบฟอร์มการโอนเงินมาที่โทรสาร **+66 (0) 2 928 1500**
ภายในวันจันทร์ที่ 18 เมษายน 2559 โดยมีรายละเอียดการโอนเงิน ดังนี้
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาลำลูกกา
ชื่อบัญชี บริษัท ดอนเมืองอินเตอร์เนชั่นแนลแอร์พอร์ตโฮเต็ล จำกัด
บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี **311-3-00567-0**

****โปรดติดต่อสำรองห้องพักโดยตรงที่โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพฯ โดยส่งโทรสาร
ถึง คุณจิตดาภา แก่นโสภา หมายเลข โทรสาร **+66 (0) 2 928 1500** ไม่รับจองทางโทรศัพท์**

หมายเหตุ

- โรงแรมขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าห้องพักทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใด ๆ
- กรณีที่ผู้ใช้เข้าพักต้องการยกเลิกการใช้ห้องพักผู้ใช้เข้าพักต้องส่งโทรสารเพื่อ ยืนยันการยกเลิกห้องพัก 1
อาทิตย์ล่วงหน้าด้วยตนเอง มิฉะนั้นทางโรงแรมฯ จำเป็นต้องขอเก็บเงินจากท่านหรือหน่วยงาน ต้นสังกัด
ตามจำนวนที่จองไว้กับทางโรงแรม
- ปิดรับการจองห้องพักภายในวันจันทร์ที่ 18 เมษายน 2559

รายละเอียดผู้เข้าพัก

ชื่อผู้เข้าพัก 1
2
3
4

ขอสำรองห้องพัก

เข้าพักในวันที่..... เวลาเข้าพัก 14.00 น.
ออกในวันที่..... เวลาที่ออก 12.00 น.

☺ ห้องเดี่ยว จำนวน..... ห้อง รวม..... คืน

☺ ห้องคู่ จำนวน..... ห้อง รวม..... คืน

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียดและเขียนให้ชัดเจน)

.....
.....
.....

โทรศัพท์ โทรสาร

หมายเหตุ - กรุณาเขียนหนังสือตัวบรรจงและให้ชัดเจน กรุณาโทรก่อนที่จะสำรองห้องพัก
- ส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพักและการโอนเงินมาพร้อมกัน
- มือถือ 081 449 2872 หรือ 084 324 9988 (จิตดาภา แก่นโสภา ผู้จัดการฝ่ายขาย)
หรือ E-mail Jidapa.k@amari.com

