

HOTEL REGISTRATION FORM - FORMULÁRIO DE REGISTO HOTELEIRO

"CONGRESSO DE IMPLANTOLOGIA"

PESTANA GRAND HOTEL

27, 28, 29 NOVEMBRO 2009

c/o Lisa Rodrigues - Sales Manager - Groups, Meetings & Incentives - Pestana Hotels & Resorts - Madeira

Direct Telephone: (+351) 291 239 514 Fax: (+351) 291 233911 - Email: lisa.rodrigues@pestana.com

Prof. Dr. Mr. /Sr.

Apelido _____ Nome _____

Empresa _____

Morada _____

Cidade _____ País _____ Código Postal _____

Tel _____ Fax _____ e-mail _____

ALOJAMENTO - Queiram por favor indicar o tipo de quarto pretendido

Data chegada _____ **Data de partida** _____

Quarto Individual vista terra = 76 Euros por quarto/por noite _____

Quarto Individual vista mar parcial = 90 Euros por quarto/por noite _____

Quarto Individual vista mar = 107 Euros por quarto/por noite _____

Quarto Duplo vista terra = 90 Euros por quarto/por noite _____

Quarto Duplo vista mar parcial = 103 Euros por quarto/por noite _____

Quarto Duplo vista mar = 117 Euros por quarto/por noite _____

Todos os preços são por quarto, por noite, em Euros (€), com pequeno-almoço incluído, serviços e taxas. As reservas serão efectuadas por ordem de chegada, os primeiros pedidos de reservas serão os primeiros confirmados.

FORMA DE PAGAMENTO

Cartão de Crédito Visa Amex MasterCard

Outros _____

Eu autorizo o hotel a debitar o montante mencionado no presente formulário, de acordo com as condições gerais do programa dos quais eu aceito.

Cartão no. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Validade | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Últimos dígitos no verso do cartão (Sómente para cartão Visa) _____

Morada: _____

Data de nascimento do portador do cartão: ____ / ____ / ____

Assinatura do portador do cartão (igual ao cartão) _____ Data: ____ / ____ / ____