



Hotelreservierung

Bitte per Fax an: 030 284499-11

TEILNEHMER/RECHNUNGSEMPFÄNGER

Klinik/Institution

Name Vorname

Straße PLZ/Ort

Telefon Telefax

E-Mail

Hotel:

1. Wahl

2. Wahl

3. Wahl

Anzahl: Einzelzimmer

Anzahl: Doppelzimmer

Besondere Wünsche:

Parkplatz

Nichtraucher

Spätanreise

Kategorie (nur TRYP):

Standard

Comfort

Superior

Anreise: 2009

Abreise: 2009

Bemerkungen:

Die vorstehende Reservierung garantiere ich mit folgender Kreditkarte:

VISA

Mastercard

American Express

Kartenummer: _____

Gültig bis: ____ / ____

Karteninhaber:

Datum: Rechtsgültige Unterschrift: