

**NOVOTEL KATOWICE CENTRUM \*\*\*\***

Al. Roździeńskiego 16, 40-202 Katowice

Kontakt w hotelu: dział rezerwacji

Tel.: (+48 32) 200 44 50, Fax: (+48 32) 200 43 64

**ABRYS KONFERENCJA 22-25.06.2020**

aby dokonać rezerwacji, proszę wypełnić poniższy formularz i odesłać go

skan e-mailem: [H3377-RE@accor.com](mailto:H3377-RE@accor.com); [H3377-RE1@accor.com](mailto:H3377-RE1@accor.com); [H3377-RE2@accor.com](mailto:H3377-RE2@accor.com)

Termin rezerwacji.....

Imię i nazwisko osób nocujących: .....

**Proszę wybrać rodzaj pokoju:**

- |                          |   |                     |
|--------------------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pokój standardowy 1-os.                                       | <b>279 zł/ doba</b> |
| <input type="checkbox"/> | Pokój standardowy 2-os.łóżko małżeńskie                       | <b>319 zł/ doba</b> |
| <input type="checkbox"/> | Pokój Superior 1-osobowy                                      | <b>319 zł/ doba</b> |
| <input type="checkbox"/> | Pokój Superior 2-os łóżko małżeńskie lub dwa oddzielne łóżka  | <b>359 zł/ doba</b> |
| <input type="checkbox"/> | Pokój Executive 1-osobowy                                     | <b>359 zł/ doba</b> |
| <input type="checkbox"/> | Pokój Executive 2-os łóżko małżeńskie lub dwa oddzielne łóżka | <b>399 zł/ doba</b> |

**Informacje dodatkowe:**

1. **Cena dotyczy zakwaterowania na jedną dobę.**
2. **W cenę wliczone jest śniadanie oraz podatek Vat.**
3. Doba hotelowa w hotelach rozpoczyna się o godz. 14.00 w dniu przyjazdu a kończy o godz. 12.00 w dniu wyjazdu.
4. Bezpłatne Centrum Rekreacji: basen, sauna, jacuzzi i siłownia oraz bezpłatne łącze internetowe w każdym pokoju i lobby.
5. Płatna strefa parkowania: 4zł/ godz. 35 zł/ doba.

**ADRES – DANE DO FAKTURY**

Nazwa Fimy .....

Dane adresowe .....

NIP .....

Telefon kontaktowy.....e-mail:.....

**Forma płatności:**

- Przedpłata- zgodnie z podanymi niżej warunkami  
Numer konta: Bank Handlowy w Warszawie PL 65 1030 1508 0000 0005 0337 7004
- Karta kredytowa. Płatność kartą płatniczą/ kredytową. Wyrażam zgodę na dokonanie preautoryzacji na poniższej karcie zgodnie z warunkami rezerwacji/ anulacji.

**Imię i Nazwisko posiadacza:**

.....  
**Numer karty:** ..... **Data ważności:**.....

**Warunki rezerwacji/ anulacji:**

1. Rezerwacje będą potwierdzane w miarę dostępności pokoi hotelowych. Hotel zastrzega sobie prawo do limitowania ilości pokoi dostępnych dla uczestników konferencji po cenach specjalnych.
2. Do momentu otrzymania ze strony Gościa gwarancji płatności, wszystkie rezerwacje pokoi będą traktowane jako rezerwacje wstępne, które mogą zostać przez hotel anulowane. Jako gwarancję przyjmuje się przedpłatę za całą rezerwację lub podanie danych karty kredytowej i wyrażenie zgody na preautoryzację na karcie.
3. Goście mają prawo do dokonania bezkosztowej anulacji lub zmiany rezerwacji najpóźniej na 21 dni przed przyjazdem.
4. Na 20 dni przed przyjazdem, rezerwacje nie zagwarantowane (wstępne) mogą zostać anulowane. Reaktywacja rezerwacji możliwa będzie pod warunkiem dostępności pokoi i na warunkach określonych przez Hotel.

**Oświadczam, iż zapoznałam/ em się i akceptuję powyższe uzgodnienia.**

**Data:** .....

**Podpis:** .....