



FORMULARIO DE RESERVACION

Grupo de CAPSCA

Fechas: Del Martes 15 al Viernes 18 de septiembre de 2015

Información adicional para el departamento de reservas, block code: DM9

Tarifas Preferenciales de Habitaciones:

Habitación Deluxe – Ocupación sencilla	USD\$75.00 + 10%
Habitación Deluxe – Ocupación doble	USD\$85.00 + 10%
Habitación Deluxe – Ocupación triple	USD\$95.00 + 10%

Persona Adicional \$20.00 + 10%

Tarifa incluye: Desayuno buffet en el Desayuno Buffet en el Restaurante Canal View e internet inalámbrico dentro de las instalaciones del hotel. Tarifa sujeta al 10% de impuesto de ocupación hotelera.

Propinas/cargos por servicio

El hotel realizará cargos de:

Recamareras US\$2.00 por habitación, por día.

Tarifas por habitación/por noche en USD. El registro de entrada es a las 3:00 p.m. y el registro de salida es a la 12:00 p.m. Nuestro personal hará todo lo posible en atender las llegadas anticipadas y salidas tardías según disponibilidad.

Para reservar:

Llenar este formulario de reserva con los datos solicitados y enviar vía fax al **HOTEL HOLIDAY INN CIUDAD DEL SABER** al fax +507-214-1002 o vía email groups@bernhotelspanama.com / lguerra@bernhotelspanama.com Si tiene alguna consulta, puede llamar al: (507) 340-9858. (En horario de atención de Lunes a Viernes de 8:00a.m – 5:00p.m y el día Sábado de 8:00a.m – 12:00 medio día).

Para garantizar su reserva:

Las habitaciones están sujetas a disponibilidad.

Se cargará la habitación e impuesto equivalente a la primera noche al momento que la reserva sea solicitada. Se debe completar los datos solicitados de la tarjeta de crédito.

Cancelaciones, Cambios y No Show:

Cambios o modificaciones (incluyendo salidas anticipadas o llegadas tardías) serán permitidos hasta el **Miércoles 26 de agosto de 2015** en caso de Cancelación o No Show se hará el cargo de 1 noche de estadía.

Después de esta fecha o una vez el cliente se haya registrado, el 100% de las fechas originales serán cargadas, más cualquier otras fechas adicionales en el evento de llegadas adelantadas o salidas extendidas.

FAVOR COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION:

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre de Acompañante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____

Deluxe Sencilla Deluxe Doble Deluxe Triple

Fecha de Llegada: _____ Fecha de Salida: _____

Tipo de Tarjeta de crédito: Mastercard Visa Amex

Número de tarjeta de crédito: _____ Fecha de Expiración: _____

Nombre de Tarjetahabiente: _____

Dirección del tarjetahabiente: _____

IHG Rewards Club N°: _____

Declaración de consentimiento:

Entiendo y acepto las cláusulas de cancelaciones y modificaciones explicadas arriba y autorizo al Hotel hacer el cargo a mi tarjeta de crédito si incurro en alguna penalidad.

Firma: _____

Fecha: _____