

.....
Firma

.....
Straße, Postfach

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon, Fax

.....
E-Mail

Akademiehôtel Dresden
Königsbrücker Landstraße 2 a
01109 Dresden

☎ Telefon +49 (0) 351 457-3024

☎ Fax +49 (0) 351 457-3015

abruflkontingent.akademiehôtel@dguv.de

.....
Ansprechpartner

Kontingent gültig bis 13.10.2017

Bitte reservieren Sie aus dem Kontingent

Arbeitsmedizin 2.17

R-Nr.: 64305

Name

Vorname

Zimmerbedarf

Einzelzimmer 60,00 € pro Nacht inkl. Frühstück

Doppelzimmer 80,00 € pro Nacht inkl. Frühstück*

Anreisedatum Abreisedatum

Art der Bezahlung

Gast zahlt selbst bei Abreise

Kostenübernahme in der Anlage

.....
Datum Unterschrift, Firmenstempel

(Bei elektronischer Versendung auch gültig ohne Stempel u. Unterschrift)

Reservierungsbestätigung vom Hotel

.....
Datum Unterschrift, Firmenstempel

(Bei elektronischer Versendung auch gültig ohne Stempel u. Unterschrift)

Eine kostenfreie Stornierung ist bis einen Tag vor Anreise möglich und hat in Schriftform zu erfolgen. Bei späterer Stornierung und Nichtanreisen berechnen wir 100 % des Zimmerpreises.

- 2. Person zzgl. Berherbergungssteuer