

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

การประชุมเรื่อง การประชุมฟื้นฟูวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวประจำปี 2562

สถานที่ โรงแรมรามาการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ ฯ

หน่วยงาน / สถาบัน สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับ
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 27 - 30 พฤษภาคม 2562

ห้องพัก Superior : ราคา 1,400 บาท รวมอาหารเช้า (พัก 1 ท่าน) จำนวน.....ห้อง รวม.....คืน

ห้องพัก Superior : ราคา 1,600 บาท รวมอาหารเช้า (พัก 2 ท่าน) จำนวน.....ห้อง รวม.....คืน

ห้องพัก Superior : ราคา 2,600 บาท รวมอาหารเช้า (พัก 3 ท่าน) จำนวน.....ห้อง รวม.....คืน

เงื่อนไขการชำระเงิน

- ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างเข้าพักเรียกเก็บกับผู้เข้าพักโดยตรง
- เพื่อเป็นการยืนยันการจองห้องพัก กรุณาโอนเงินค่าห้องพักในจำนวน 100% ให้ทางโรงแรมฯ พร้อมส่งโทรสาร หรืออีเมล ใบโอนเงินพร้อมแบบฟอร์มนี้ มาที่โทรสาร 0-2558-7898 หรืออีเมล rsvn@ramagardenshotel.com ภายในวันที่ 19 พฤษภาคม 2562 โดยมีรายละเอียด การโอนเงิน ดังนี้.-

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาหลักสี่
ชื่อบัญชี บริษัท วิภาวดีรังสิต โฮเต็ล จำกัด
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 029-2-99837-8

ธนาคารกรุงไทย สาขาสามแยกเกษตร
ชื่อบัญชี บริษัท วิภาวดีรังสิต โฮเต็ล จำกัด
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 039-1-23094-8

**ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมโดยตรงที่โรงแรม รามาการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2558-7888 ต่อ 10130-10132 10199 (ขอสงวนสิทธิ์การจองห้องพักทางโทรศัพท์) **

หมายเหตุ

- โรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าห้องพักทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใดๆ
- ปิดรับการจองห้องพัก ภายในวันที่ 19 พฤษภาคม 2562

รายละเอียดผู้เข้าพัก (โปรดระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

ชื่อผู้เข้าพัก

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

ขอจองห้องพักในวันที่ เวลาเข้าพัก 14.00 น.

ถึงวันที่ เวลาที่คืนห้องพัก 12.00 น.

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียดและเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้ชัดเจน)

ภาษาไทย

.....

ภาษาอังกฤษ

.....

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ..... Email.....

หมายเหตุ:

- กรุณาพิมพ์ หรือ เขียนตัวบรรจง ให้ ชัดเจน
- กรุณาส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก และ ใบโอนเงิน มาพร้อมกัน
- โปรดนำแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก และ ใบโอนเงิน ตัวจริง มาด้วยในวันเข้าพัก