

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

การประชุมเรื่อง OPHTHALMIC NURSE 4.0

สถานที่ โรงแรมรามาการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ ฯ

หน่วยงาน / สถาบัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ระหว่างวันที่ 14 – 16 มีนาคม 2561

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 6 มีนาคม 2561** โดยมีรายละเอียด การโอนเงิน ดังนี้.-

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

ธนาคารกรุงไทย สาขาสามแยกเกษตร
ชื่อบัญชี บริษัท วิกาวดีรังสิต 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 6 มีนาคม 2561**

รายละเอียดผู้เข้าพัก (โปรดระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

ชื่อผู้เข้าพัก

1

2

3

4

5

6

ขอจองห้องพักในวันที่เวลาเข้าพัก 14.00 น.
ถึงวันที่เวลาที่คืนห้องพัก 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