

**RESERVIERUNGSFORMULAR
FÜR DIE SCHADENVERHÜTUNGSTAGUNG (Oktober-Termin)**

**ATLANTIC Hotel Sail City
Bremerhaven**

Tel.: 0471 30990-555

E-Mail: reservierung.ahs@atlantic-hotels.de

Unter dem Stichwort: **GDV**

Bitte **mailen** Sie dieses Formblatt ausgefüllt bis spätestens zum **12.08.2024** an reservierung.ahs@atlantic-hotels.de

Nachname _____

Vorname _____

Adresse

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Stadt: _____

Land: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Rechnungsanschrift

Firmenname: _____

Firmenadresse: _____

Zimmerkategorie (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Standard Zimmer € 130,- inkl. Frühstück
(Einzelbelegung)

Die Preise verstehen sich pro Einzelzimmer und Nacht,
inklusive Frühstück, Bedienungsgeld und gesetzl. MwSt.

Im Falle einer Mehrwertsteueränderung behält sich das
Hotel das Recht einer Preisangleichung vor.

Das Zimmer kann bis 5 Tage vor Anreise kostenfrei
storniert werden.

Anreisetag: _____ (frühestens ab Mo. 07.10.)

Abreisetag: _____ (spätestens bis Do. 10.10.)

Unterschrift:

Datum und Ort:

Bestätigung des Hotels

Die Reservierung wird Ihnen bestätigt:



Reservierungsnummer: _____

Reservierungsmitarbeiter: _____

Datum/Stempel : _____