

เอกสารการจองที่พักผู้เข้าร่วมประชุม  
จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
ระหว่างวันที่ 22-23 กรกฎาคม 2557

โรงแรมเซ็นทารา ดวงตะวัน เชียงใหม่

ย่านไนท์บาซาร์ ถนนลอยเคราะห์ ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ 0-5390-5000 โทรสาร 0-5327-5429

อัตราค่าห้องพัก STANDARD FLOOR (รวมอาหารเช้า)

|                              |         |                   |
|------------------------------|---------|-------------------|
| ห้องพักแบบ Superior (เดี่ยว) | 1,200.- | บาทสุทธิ/ห้อง/คืน |
| ห้องพักแบบ Superior (คู่)    | 1,400.- | บาทสุทธิ/ห้อง/คืน |
| ห้องพักแบบ Deluxe (เดี่ยว)   | 1,400.- | บาทสุทธิ/ห้อง/คืน |
| ห้องพักแบบ Deluxe (คู่)      | 1,600.- | บาทสุทธิ/ห้อง/คืน |
| เตียงเสริม Extra Bed         | 600.-   | บาทสุทธิ/ห้อง/คืน |

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

[ ] พักเดี่ยว [ ] พักคู่ คู่กับ นาย/นาง/นางสาว.....

[ ] ต้องการให้โรงแรมจัดคู่พักให้

เข้าพักวันที่..... กรกฎาคม 2557 ตั้งแต่เวลา.....

ออกวันที่..... กรกฎาคม 2557 ตั้งแต่เวลา.....

(โปรดชำระเงินมัดจำค่าห้องพัก 1 คืนแรกล่วงหน้า) โรงแรมจะสำรองห้องสำหรับผู้ที่ย้ายค่ามัดจำเท่านั้น

โดยชำระเงินผ่าน บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาช้างคลาน

เลขที่บัญชี 533-0-00573-6

ชื่อบัญชี บริษัท ดวงตะวัน โฮเทล จำกัด

โปรดส่งใบจองที่พักและสำเนาการโอนเงินมาที่

คุณปารวี คัมภีรานนท์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายขาย

โทรศัพท์ 0-5390-5000 ต่อ 3206 โทรสาร 0-5327-5429

หมายเหตุ : โปรดส่งใบจองที่พักไปยังโรงแรมเซ็นทารา ดวงตะวัน เชียงใหม่ โดยตรง

ภายในวันที่ 7 กรกฎาคม 2557