**แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก**

**ประชุมหัวข้อ.....................................................................**

**ระหว่างวันพุธที่ 09 กันยายน 2558 ถึง วันศุกร์ที่ 11 กันยายน 2558**

**หน่วยงาน / สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)**

**สถานที่ / ณ โรงแรม อมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ**

☺  **ห้องพักเดียว ราคา 1,500.-บาทสุทธิ รวมอาหารเช้า (พัก 1 ท่าน)**

☺  **ห้องพักคู่ ราคา 1,700.-บาทสุทธิ รวมอาหารเช้า (พัก 2 ท่าน)**

☺  **ห้องพัก ราคา 2,700.-บาทสุทธิ รวมอาหารเช้า (พัก 3 ท่าน)**

**เงื่อนไขการชำระเงิน**

**- ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างเข้าพักเรียกเก็บกับผู้เข้าพักโดยตรง**

**- เพื่อเป็นการยืนยันการจองห้องพัก กรุณาโอนเงินค่าห้องพักเต็มจำนวนที่พักจริงให้ทางโรงแรมฯ พร้อม**

**ส่งโทรสาร หลักฐานการโอนเงินมาที่โทรสาร หมายเลข +66 (0) 2 928 1500**

**ก่อนวันจันทร์ที่ 31 สิงหาคม 2558 โดยมีรายละเอียดการโอนเงิน ดังนี้**

**ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาลำลูกกา**

**ชื่อบัญชี บริษัท ดอนเมืองอินเตอร์เนชั่นแนลแอร์พอร์ตโฮเต็ล จำกัด**

**บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 311-3-00567-0**

**\*\*โปรดติดต่อสำรองห้องพักโดยตรงที่โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพฯ โดยส่งโทรสาร**

**ถึง คุณจิดาภา แก่นโสภา โทรสาร หมายเลข +66 (0) 2 928 1500 ไม่รับจองทางโทรศัพท์**

**หมายเหตุ**

**- ในกรณีที่ลูกค้าไม่เข้าพัก ทางโรงแรมจะเรียกเก็บค่าที่พัก จำนวน 1 คืน (No Show Charge 1 night)**

**- โรงแรมขอสงวนสิทธิในการคืนเงินค่าห้องพักทั้งสินไม่ว่ากรณีใด ๆ**

* **กรณีที่ผู้เข้าพักต้องการยกเลิกการใช้ห้องพักผู้เข้าพักต้องส่งโทรสารเพื่อ ยืนยันการยกเลิกห้องพัก 1 อาทิตย์ล่วงหน้าด้วยตนเอง มิฉะนั้นทางโรงแรมฯ จำเป็นต้องขอเก็บเงินจากท่านหรือหน่วยงาน ต้นสังกัดตามจำนวนที่จองไว้กับทางโรงแรม**
* **ปิดรับการจองห้องพักก่อนวันจันทร์ที่ 31 สิงหาคม 2558**

**รายละเอียดผู้เข้าพักพิมพ์ให้ชัดเจน**

**ชื่อผู้เข้าพัก 1 ................................................................................................................................**

**2 ................................................................................................................................**

**3 ................................................................................................................................**

**4 ................................................................................................................................**

**ขอสำรองห้องพัก**

**เข้าพักในวันที่.................................................................................. เวลาเข้าพัก 14.00 น.**

**ออกในวันที่..................................................................................... เวลาที่ออก 12.00 น.**

☺ **ห้องเดี่ยว จำนวน.................. ห้อง รวม................. คืน**

☺ **ห้องคู่ จำนวน................ . ห้อง รวม................. คืน**

**ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียดและเขียนให้ชัดเจน)**

**.....................................................................................................................................................**

**.....................................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………………………………**

**เลขที่ผู้เสียภาษี.................................................................................................................................**

**โทรศัพท์ ....................................มือถือ...................................... โทรสาร ......................................**

**หมายเหตุ - กรุณาโทรก่อนที่จะสำรองห้องพัก และส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพักและหลักฐานการโอนเงินมา**

**พร้อมกันถึงจะสมบูรณ์แบบ**

**- มือถือ 081 449 2872 หรือ 084 324 9988 (จิดาภา แก่นโสภา ผู้จัดการฝ่ายขาย)**

**ปิดรับห้องพักในวันจันทร์ที่ 31 สิงหาคม 2558**

**\*\*\*หากจัดส่งหลังกำหนดจะทำได้ต่อเมื่อมีห้องพักว่างเท่านั้น\*\*\***