

แบบฟอร์มการจองห้องพัก
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ระหว่างวันที่ 4 - 7 กุมภาพันธ์ 2561
ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว จ.เชียงใหม่

1. หน่วยงาน
เบอร์โทรศัพท์ เบอร์แฟกซ์
ชื่อผู้เข้าพัก นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล
ชื่อผู้เข้าพัก นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล
ชื่อผู้เข้าพัก นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล
ชื่อผู้เข้าพัก นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล

2. มีความประสงค์ ขอจองห้องพักที่ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้วปางสวนแก้ว จ.เชียงใหม่

ห้องพักแบบซูพีเรียร์	<input type="checkbox"/>	พักเดี่ยว/คู่	ราคา 1,400.- บาท/ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้า)
ห้องพักแบบดีลักซ์	<input type="checkbox"/>	พักเดี่ยว/คู่	ราคา 1,800.- บาท/ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้า)
ห้องพักแบบจูเนียร์สวีท	<input type="checkbox"/>	พักเดี่ยว/คู่	ราคา 3,000.- บาท/ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้า)
เตียงเสริม	<input type="checkbox"/>		ราคา 600.- บาท/ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้า)

วันที่เข้าพัก.....	วันที่เช็คเอาท์.....	จำนวน.....	ห้อง
วันที่เข้าพัก.....	วันที่เช็คเอาท์.....	จำนวน.....	ห้อง
วันที่เข้าพัก.....	วันที่เช็คเอาท์.....	จำนวน.....	ห้อง

หมายเหตุ : 1.แบบฟอร์มข้างต้น กรุณาติดต่อฝ่ายสำรองห้องพักล่วงหน้า ก่อนวันที่ 31 ธันวาคม 2560
โทรศัพท์ 053-224333 ต่อ 22031 , 22032 หลังจากนั้น ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการจองห้องพักในกรณีที่ห้องพักเต็ม
หรือพื้นที่กำหนดระยะเวลาในการจอง

2. อนึ่ง กรณียกเลิกการเข้าพัก หรือเลื่อนกำหนดการเดินทางกรุณา แจ้งฝ่ายสำรองห้องพักก่อนเป็นเวลา
15 วันล่วงหน้าเป็นอย่างน้อย หากช้ากว่ากำหนดนี้ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินมัดจำ โทรศัพท์ 053-224333
ต่อ 22031 , 22032

การชำระเงิน หรือมัดจำค่าห้องพัก

เงินสด จำนวน _____ บาท
โดยโอนเข้าบัญชี : ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา กาดสวนแก้ว
ชื่อบัญชี บริษัทกาดสวนแก้ว 2545 จำกัด
เลขที่บัญชี 868 - 2 - 04595 - 3

** หากท่านได้สำรองห้องพักหรือได้การ โอนเงินมัดจำมาแล้ว กรุณาแจ้งเอกสารหรือหลักฐานการโอนเงิน
(Pay in slip) มาที่เบอร์โทรสาร 053 - 224503 หรือ 053 - 224493

ลงชื่อ.....ผู้จอง
(.....)
วันที่ / /