



แบบฟอร์มการจองห้องพัก

“การอบรมโครงการฟื้นฟูวิชาการพยาบาลวิศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเครือข่าย ครั้งที่ 16”

จัดโดย สถาบันพยาบาลวิทยา ระหว่าง 24 – 26 สิงหาคม 2565

ณ ห้องประชุมแมนดารินบีซี โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ

ชื่อ-สกุล

ชื่อ-สกุล (กรณีพักคู่)

หน่วยงาน

โทรศัพท์

อีเมล

มีความประสงค์จองห้องพักโรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ

โดยเข้าพักวันที่

ออกวันที่

ประเภทห้องพัก : ดิลักซ์

- ห้องเดี่ยว ราคา 1,800 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 1 ท่าน
- ห้องคู่ ราคา 1,800 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 1 ท่าน
- เตียงเสริม ราคา 1,200 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ต

ออกใบเสร็จในนาม

.....
.....
.....

เงื่อนไขการจอง

1. หากมีเหตุที่ไม่สามารถเข้าพักตามกำหนดที่จองไว้ กรุณาแจ้งให้โรงแรมทราบล่วงหน้าก่อนเข้าพักอย่างน้อย 3 วัน หากไม่มีการแจ้งยกเลิกล่วงหน้า โรงแรมขอเรียกเก็บเงินค่าธรรมเนียมของห้องพักจำนวน 1 คืน
2. ค่าใช้จ่ายห้องพักจะเรียกเก็บจากผู้เข้าพักโดยตรง โดยการโอนเงินเข้าธนาคาร หรือชำระผ่านบัตรเครดิต ล่วงหน้าก่อนเข้าพัก หรือชำระโดยเงินสดหรือบัตรเครดิตกับทางแผนกต้อนรับโดยตรงในวันที่เข้าพัก

** กรุณาส่งแบบฟอร์มการจองห้องพักกลับมาที่ ** แผนกสำรองห้องพัก : โทร. 02-238-0230 ต่อ 4161,4162,4163,4164 /

Email: rsvn@mandarin-bkk.com หรือ sroipetch.k@mandarin-bkk.com

หมดเขตการสำรองและยืนยันการจองห้องพักภายในวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2565

ชื่อผู้จอง

วันที่