

MODULO DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

EURO HOTEL RESIDENCE

Tel. 039 60441 – email: info@eurohotelresidence.it

Cognome\* …………………………………………………………………………………………………………………

Nome\* …………………………………………………………………………………………………………………

Indirizzo\*………………………………………………………………………………………………………

Data e luogo di nascita\*……………………………………………………………………………………….

Tel. ……………………………………….. E-mail …………………………………………………………

Cognome e nome dell’eventuale accompagnatore/i\* ……………………………………………………………………………………………………………….

**PERNOTTAMENTI - TARIFFE PER PERSONA A NOTTE IN BB**

**(pernottamento e prima colazione):**

\*barrare la casella d’interesse

□ CAMERA DOPPIA USO SINGOLA / TARIFFA: € 69,00

□ CAMERA DOPPIA / TARIFFA € 79,00

□ CAMERA TRIPLA / TARIFFA € 99,00

*NB. non è prevista tassa di soggiorno per il Comune di Concorezzo (MB).*

**DATE**

\*barrare la casella d’interesse

□ notte del 24/06/22

□ notte del 25/06/22

**SERVIZI RISTORATIVI (MENU’ DEFINITO SECONDO I PRINCIPI DELLA DIETA GIFT)**

Pranzo/Cena con menù proposta del giorno (generalmente buffet di verdure cotte e crude, primo piatto, secondo piatto, frutta o dessert, acqua e caffè). Tariffa: € 26,00 per pasto

□ CENA DEL GIORNO 24/06/22

□ PRANZO DEL GIORNO 25/06/22

□ CENA DEL GIORNO 25/06/22

□ PRANZO DEL GIORNO 26/06/22

□ CENA DEL GIORNO 26/06/22

NOTE: □ intolleranze alimentari □ vegetariano □ celiaco □ vegano

Altre note …………………………………………………………………………………………………………………

**MODALITA’ DI PAGAMENTO:**

**Acconto pari alla tariffa relativa alla prima notte di soggiorno** (come garanzia della prenotazione) **–** a mezzo BONIFICO BANCARIO oppure tramite CARTA DI CREDITO/DEBITO entro il 13/05/22.

Indicare dati carta di credito o debito:

N……………………………………………………………SCADENZA…………………………………….

In caso di no-show o cancellazione tardiva (oltre la data indicata nel voucher di conferma), le relative penali saranno addebitate sulla carta di credito a garanzia. Non sono previste detrazioni per pasti non consumati.

SALDO SOGGIORNI: diretto in hotel, in contanti oppure tramite carta di credito.

BENEFICIARIO: Bri-Ge Brianza Gestioni S.r.l.

Banca d’appoggio: BANCA DI CREDITO COOPERATIVO BRIANZA E LAGHI

Cod. IBAN: IT 17 J 08329 32980 000000100106

CAUSALE: nome ospite / data di arrivo / titolo evento (CONVEGNO MEDICINA E SALUTE)

Dati per fatturazione (se richiesta)

Ragione sociale…………………………………………………………………………………………….……

indirizzo ………………………………………………………………………………………………………………….

Partita IVA……………………………………………………………………………………………………...

Cod. SDI/Univoco/ PEC …………………………………………………………………………………………………………………..

 \*campi obbligatori

Autorizzo al trattamento dei dati in base al D.L.gs. 196/2003

Data ………………………………………………. Firma per accettazione ………………………………….

Il presente modulo debitamente compilato, dovrà. essere inviato via e-mail, entro il 13/05/22.

Altre note …………………………………………………………………………………………………………………

MODALITA’ DI CANCELLAZIONE

Per cancellazioni dell’intero soggiorno effettuate entro il 3/06/2022, non verrà effettuato nessun addebito di penale. Per cancellazioni successive a quanto menzionato sopra, oppure mancati arrivi, arrivi posticipati, partenze anticipate sarà addebitata una penale pari al 100% dei servizi prenotati e confermati.

In caso di lockdown nazionale per emergenza COVID 19 – la caparra versata verrà trattenuta dall’hotel e potrà essere riutilizzata per intero per un prossimo soggiorno o evento da calendarizzarsi entro il 30/06/2023