



## Abrufformular

Hiermit bestelle ich einen Aufenthalt im Rahmen des Abrufkontingentes des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. unter dem Stichwort „Bundeskongress 2009“ im RAMADA Hotel Berlin-Mitte

buchbar bis 22.04.2009

*Bitte senden Sie Ihre Reservierung an die Faxnummer 030 2362 50 590*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. / Fax: \_\_\_\_\_

ein Einzelzimmer      à 139,00 EUR       NR       Raucher

ein Doppelzimmer      à 139,00 EUR       NR       Raucher

zzgl. Frühstück      à 18,00 EUR      pro Person

Die genannten Preise gelten pro Zimmer und Nacht und enthalten die gesetzliche Mehrwertsteuer von derzeit 19%.

Die Zimmer sind am Anreisetag bis 18:00 Uhr garantiert reserviert. Bei einer späteren Anreise ist eine Garantie des Zimmers mittels Kreditkarte (Achtung: keine ec-Karte) erforderlich.

Eine kostenfreie Stornierung des gebuchten Zimmers ist bis 1 Woche vor Anreise möglich. Bei einer späteren Stornierung sowie bei Nichtanreise (No Show) werden 90% des gebuchten Aufenthaltes in Rechnung gestellt.

Das Zimmer wird mit folgender Kreditkarte garantiert:

<b>Kartenart (VISA, Mastercard / Eurocard, American Express)</b>	_____
<b>Kartennummer</b>	_____
<b>Gültig bis</b>	___ / ___
<b>Karteninhaber</b>	_____

**Buchungsbestätigung** wird vom Hotel ausgefüllt:

Buchungsnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Stempel / Unterschrift)