

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก
งานประชุมวิชาการเครือข่ายหัวใจ ครั้งที่ 15 ประจำปี 2567
15th Cardiac Network Forum 2024

“บูรณาการ ประสานพลัง สร้างนวัตกรรมใหม่ หัวใจไร้กังวล”
วันที่ 30 มกราคม - 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 ณ โรงแรมริเจนท์ ชะอำ หัวหิน

ชื่อ-สกุล			
หน่วยงาน			
ที่อยู่			
หมายเลขโทรศัพท์		มือถือ	
อีเมลล์		แฟกซ์	

วันเช็คอิน (Check In)		วันเช็คเอาท์ (Check Out)	
-----------------------	--	--------------------------	--

ชนิดของห้องพักและจำนวนห้องพักที่ต้องการ

	ห้องซูพีเรีย(เดี่ยว/คู่)	ราคา 1,800 บาทถ้วน	จำนวน	ห้อง
	ห้องเดอลักซ์ ซีวิว	ราคา 2,200 บาทถ้วน	จำนวน	ห้อง
	เตียงเสริม 1 เตียงต่อห้อง	ราคา 900 บาทถ้วน	จำนวน	เตียง

บัตรเครดิต

ชื่อผู้ถือบัตรเครดิต.....วันหมดอายุบัตร.....

เลขที่บัตร.....ลายเซ็นผู้ถือบัตร.....

หรือโอนเงินมาที่ ชื่อบัญชี บริษัท เดอะริเจนท์ ชะอำ โฮเทล จำกัด (The Regent Cha-Am Hotel Co., Ltd.)

ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) สาขาชะอำ บัญชีสะสมทรัพย์ เลขที่ 566-019-784-8

หมายเหตุ

- กรณีที่ชำระผ่านบัตรเครดิต กรุณากรอกข้อมูลบัตรเครดิตให้ครบถ้วนเพื่อเป็นการยืนยันการสำรองห้องพัก มิเช่นนั้นทางโรงแรม ขอสงวนสิทธิ์ไม่ทำการสำรองห้องพักดังกล่าว
- กรณีที่ชำระผ่านการโอนเงิน กรุณาแนบหลักฐานการชำระเงินพร้อมแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก มิเช่นนั้นทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ไม่ทำการสำรองห้องพักดังกล่าว

การยกเลิกห้องพัก

กรณีแจ้งยกเลิกหลัง วันที่ 25 ธันวาคม 2566 ทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ เรียกชำระค่าห้องพักเต็มจำนวน

กรอกแบบฟอร์มและส่งกลับมายังแผนกสำรองห้องพักที่หมายเลขโทรสาร หรือส่งอีเมลล์

โทร +66 (0)2 255 2818 ต่อ 400, แฟกซ์ +66 (0)2 253 5143 หรือ Email: reservation@regent-chaam.com

เมื่อได้รับหมายเลขยืนยันกลับจากทางโรงแรม จึงจะถือว่าการสำรองห้องพักเสร็จสมบูรณ์

สำหรับเจ้าหน้าที่	หมายเลขเพื่อยืนยัน	
-------------------	--------------------	--

*** กรณีต้องการใบเสร็จ/กำกับภาษี ขอรับได้ในวันเข้าพักที่โรงแรม ***