



SCHLOSSHOTEL Bad Wilhelmshöhe
Schlosspark 8
34131 Kassel

Fon: +49 (0) 561 30 88 - 0
Fax: +49 (0) 561 30 88 - 428
Email: info@schlosshotel-kassel.de

verbindliche Zimmerreservierung für die Veranstaltung
„Arbeitsgemeinschaft der Pharmazierate Deutschlands“
06.10.2019 bis 09.10.2019

Anreisetag: _____ Abreisetag: _____ Stichwort: „PHARMAZIERAT“

- Einzelzimmer zu EUR 129.- (incl. Frühstücksbuffet)
- Doppelzimmer zu EUR 149.- (incl. Frühstücksbuffet)

Die Preise gelten pro Nacht und Zimmer (inkl. MwSt.)

Raucher

Nichtraucher

Name: _____ Vorname: _____

Rechnungsadresse

Firma: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Kreditkarte: _____

Kreditkartennummer: _____ gültig bis: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular uns per Fax (0561 3088-428) bis spätestens zum **15.07.2019** zurückzusenden. Vielen Dank.

Der Gast zahlt die Übernachtungs- und Frühstückskosten als auch sämtliche Extras bei Abreise.

Bestätigung des Hotels

Wir bestätigen Ihnen hiermit die o.a. Buchung mit der Reservierungsnummer: _____

Datum

Hotelstempel und Unterschrift