



INTERCONTINENTAL.
MIRAMAR PANAMA

FORMULARIO DE RESERVACION

Sociedad de Otorrinolaringología

Código de Grupo: SF7

Fechas: Del 05 al 09 de septiembre 2018

Habitacion	Tarifa en ocupacion Sencilla	Tarifa en ocupacion Doble
Deluxe	USD\$115.00 + 10% impuesto	USD\$130.00 + 10% impuesto

Tarifa incluye desayuno buffet en el Desayuno Buffet en el Restaurante Bay View e internet de cortesía en la habitación.

Propinas/cargos por servicio

El hotel realizará cargos de:

Botones US\$4.00 por persona, por estadía.

Recamareras US\$2.00 por habitación, por día.

Tarifas por habitación/por noche en USD. El registro de entrada es a las 3:00 p.m. y el registro de salida es a la 12:00 p.m. Nuestro personal hará todo lo posible en atender las llegadas anticipadas y salidas tardías según disponibilidad.

Sociedad de Otorrinolaringología ha asegurado una tarifa especial para usted.

La misma estará vigente hasta el viernes 24 de agosto 2018.

A partir de esta fecha, todas las habitaciones y tarifas quedan sujetas a disponibilidad de acuerdo a la temporada.

El hotel honrará la tarifa especial de las reservas para aquellos huéspedes que lleguen 3 días antes o se queden 3 días después del período establecido para el evento.

Para reservar:

Llenar este formulario de reserva con los datos solicitados y enviar vía email a groups@bernhotelspanama.com. Si tiene alguna consulta, puede llamar al: (507) 340-9858 de lunes a viernes de 08:00 am a 05:00pm y los sábados de 08:00am a 12:00 medio día.

Para garantizar su reserva:

Se cargará la habitación e impuesto equivalente a la primera noche al momento que la reserva sea solicitada. Se debe completar los datos solicitados de la tarjeta de crédito.

Cambios, modificaciones o cancelaciones (incluyendo salidas anticipadas o llegadas tardías) serán permitidos hasta el **viernes 24 de agosto 2018**. Después de esta fecha o una vez el cliente se haya registrado, el 100% de las fechas originales serán cargadas, más cualquier otras fechas adicionales en el evento de llegadas adelantadas o salidas extendidas.

FAVOR COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION:

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre de Acompañante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____

Habitación Sencilla Habitación Doble

Fecha de Llegada: _____ Fecha de Salida: _____

Tipo de Tarjeta de crédito: **Mastercard** **Visa** **Amex**

Número de tarjeta de crédito: _____ Fecha de Expiración: _____

Nombre de Tarjetahabiente: _____

Dirección del tarjetahabiente: _____

IHG Rewards N°: _____

Declaración de consentimiento:

Entiendo y acepto las cláusulas de cancelaciones y modificaciones explicadas arriba y autorizo al Hotel hacer el cargo a mi tarjeta de crédito si incurso en alguna penalidad.

Firma: _____

Fecha: _____