

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

ชื่องาน การประชุมของสมาคมผู้ตรวจสอบภายในภาครัฐ
สถานที่ ณ ห้องแกรนด์ฮอลล์ 2 โรงแรมรามาการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ
หน่วยงาน/สถาบัน สมาคมผู้ตรวจสอบภายในภาครัฐ
ระหว่างวันที่ วันที่ 21 - 22 พฤศจิกายน 2562

ห้องพัก Superior เดียงเดี่ยว : ราคา 1,600 บาท รวมอาหารเช้า (พัก 1 ท่าน)
 ห้องพัก Superior เดียงคู่ : ราคา 1,800 บาท รวมอาหารเช้า (พัก 2 ท่าน)
 ห้องพัก Superior สำหรับ 3 ท่าน : ราคา 2,800 บาท รวมอาหารเช้า (พัก 3 ท่าน)

หมายเหตุ

- Check In ห้องพัก เวลา 14.00 น. / Check Out ห้องพัก เวลา 12.00 น.
- หากมีการลดจำนวนผู้เข้าพักหรือจำนวนคืนเข้าพักน้อยกว่าที่ได้ระบุไว้ ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับราคาตามความเหมาะสม
- หากมีการเพิ่มจำนวนผู้เข้าพักหรือจำนวนคืนเข้าพักมากกว่าที่ได้ระบุไว้ ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกเก็บเงินตามจำนวนจริงที่เกิดขึ้น
- ราคาที่เสนอข้างต้นเป็นราคาที่รวมค่าบริการ 10% และภาษี 7% เรียบร้อยแล้ว
- ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มตามประกาศราชการ

เงื่อนไขการชำระเงิน

- ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างเข้าพักเรียกเก็บกับผู้เข้าพักโดยตรง
- เพื่อเป็นการยืนยันการจองห้องพัก กรุณาโอนเงินค่าห้องพักในจำนวน 100% ให้ทางโรงแรมฯ พร้อมส่งโทรสาร หรืออีเมล ใบโอนเงินพร้อมแบบฟอร์มนี้ มาที่โทรสาร 0-2558-7898 หรืออีเมล rsvn@ramagardenshotel.com **ภายในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2562** โดยมีรายละเอียด การโอนเงิน ดังนี้.-

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาหลักสี่ ชื่อบัญชี บริษัท วิกาวดีรังสิต โฮเต็ล จำกัด บัญชีออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 029-2-99837-8	ธนาคารกรุงไทย สาขาสามแยกเกษตร ชื่อบัญชี บริษัท วิกาวดีรังสิต โฮเต็ล จำกัด บัญชีออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 039-1-23094-8
---	--

**ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมโดยตรงที่โรงแรม รามาการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2558-7888 ต่อ 10130 - 10132 (ไม่รับจองทางโทรศัพท์) **

หมายเหตุ :

- โรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าห้องพักทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใดๆ
- ปิดรับการจองห้องพัก **ภายในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2562**

รายละเอียดผู้เข้าพัก (ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษด้วย)

ชื่อผู้เข้าพัก

- 1) คู่กับ
- 2) คู่กับ
- 3) คู่กับ
- 4) คู่กับ

ขอจองห้องพักในวันที่ เวลาเข้าพัก.....
 ถึงวันที่ เวลาที่คืนห้องพัก.....

- ☉ ห้องเดี่ยว Superior room จำนวน..... ห้อง รวม..... คืน
- ☉ ห้องคู่ Superior room จำนวน..... ห้อง รวม..... คืน
- ☉ ห้องพัก 3 ท่าน Superior room จำนวน..... ห้อง รวม..... คืน

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียดและเขียนให้ชัดเจน)

โทรศัพท์มือถือ โทรสาร.....E-mail:

- หมายเหตุ:**
- กรุณาพิมพ์ หรือ เขียนตัวบรรจง และ ชัดเจน
 - กรุณาส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก และ ใบโอนเงิน มาพร้อมกัน
 - โปรดนำแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก และ ใบโอนเงิน ตัวจริง มาด้วยในวันเข้าพัก