

FORMULÁRIO DE RESERVA || RESERVATION FORM

Hotel Vila Galé Coimbra

Ref: 2468872



“Coimbra Liver Transplantation Conference”

08 a 10 de Setembro 2016 || 08th to 10th of September of 2016

Informação do hóspede || Guest Information:

Nome || Name*: _____ País || Country: _____

Telefone || Telephone*: _____ E-mail*: _____

Tipologia de quarto || Room Type*:

Standard ocupação Individual || Standard single room: €98,00/ noite || night

Standard ocupação Dupla || Standard double room: €105,00/noite || night

Standard ocupação Tripla (com cama extra) || Standard triple room (extra bed): €142,00/noite || night

Pequeno-almoço desde as 7h00 às 10h30 incluído |

| Breakfast from 07:00AM till 10:30AM included

IVA incluído à taxa em vigor || VAT included

Dados de facturação || Invoice datas

Se necessário || If necessary

Nome || Name: _____

NIF || VAT: _____

Datas da reserva || Reservation Dates *:

Data de chegada || Arrival date: ___/___/___ Data de saída || Departure date: ___/___/___

Check-in a partir das 14h00; Check-out até às 12h00 || Check-in from 02:00PM; Check-out until 12:00AM

Informações para garantia de reserva || Informations for reservation guarantee *:

Tipo de cartão de crédito || Credit card type:

American Express Visa Master Card Dinners Card

Número de cartão || Card number: _____

Data de validade || Expiration date: ___/___ Código verso do cartão || Back Code: _____

O pedido de reserva será confirmado de acordo com disponibilidade do hotel |

| The reservation request will be confirmed according to hotel availability

Queira por favor enviar este formulário devidamente preenchido por e-mail ou fax |

| Please send this form filled by e-mail or fax

Fax: (00351) 239 240 050

E-mail: coimbra.reservas2@vilagale.com ou coimbra.eventos@vilagale.com

* Campos de preenchimento obrigatório, sem o qual a reserva não será confirmada || Required, without those informations, the reservation will not be confirmed

Notas || Notes

Agradecemos apresentação da confirmação de reserva juntamente com este formulário no acto do check-in || Please present the booking confirmation along with this form at check-in

Política de cancelamento: até 48h antes da data de entrada, sem custos; após esse período, será cobrada a totalidade da estadia || Cancelation Policy: less than 48h00 before arrival, free of charge; Thereafter, the total of the stay will be charged.

O hotel reserva-se o direito de cobrar valor total da reserva com dados acima apresentados || Total price of the reservation may be charged anytime after booking

Hotel Vila Galé Coimbra || NIF: 508 336 309

NIB: 0018 0003 17372939020 12 // IBAN: PT 50 0018 0003 17372939020 12 // SWIFT: TOTAPTPL
Rua Abel Dias Urbano || 3000 - 001 Coimbra // Tel.: 239 240 000 || Fax: 239 240 050