

Nome _____ Cognome _____
 Indirizzo di Residenza _____
 Cap _____ Città _____ Tel _____
 Fax _____ Email _____
 (obbligatoria per ricevere conferma scritta)
 P. Iva _____ C.F. _____

Indicare con una X		Categoria	Hotel	Camera	Costo B&B a camera, a notte	Camera	Costo B&B a camera, a notte	Deposito	
Prima Scelta	Seconda Scelta								
		4 Stelle superior							
			AMBASCIATORI www.hotelambasciatori.it	DUS	€ 80,00	Doppia	€ 110,00	COSTO DELLA PRIMA NOTTE PER TIPOLOGIA DI CAMERA PRENOTATA	
			AQUA www.aquahotel.it	DUS	€ 80,00	Doppia	€ 110,00		
			MILTON www.hotelmilton.com	DUS	€ 80,00	Doppia	€ 110,00		
			SPORTING www.hotelsportingrimini.com	DUS	€ 80,00	Doppia	€ 110,00		
		4 Stelle							
			ROSABIANCA www.hotelrosabianca.com	DUS	€ 70,00	Doppia	€ 95,00		
			ROYAL PLAZA www.hotelroyalplaza.it	DUS	€ 70,00	Doppia	€ 95,00		
			SOVRANA www.sovranahotel.it	DUS	€ 70,00	Doppia	€ 95,00		
		3 Stelle							
			ACASAMIA WELCOME HOTEL www.acmhotel.com	DUS	€ 50,00	Doppia	€ 70,00		
			VILLA LUGIA www.hotelvillalugia.com	DUS	€ 50,00	Doppia	€ 70,00		

Dus = Doppia uso Singola.

In caso di non disponibilità nell' hotel indicato come prima scelta, verrà assegnato l'hotel indicato come seconda scelta.

Le tariffe si intendono al giorno, per camera con trattamento di pernottamento e prima colazione comprendono servizio e IVA 10%.

LA TASSA DI SOGGIORNO E' ESCLUSA (€ 2,50 per persona, per notte in hotel 4 stelle - € 1,50 per persona, per notte in Hotel 3 stelle).

RICHIESTA DI PRENOTAZIONE:

Prima Scelta Hotel _____ Seconda Scelta Hotel _____

n° _____ camera/e doppia uso singola n° _____ camera/e a due letti

n° _____ camera/e matrimoniale n° _____ altro su richiesta (es. camera tripla) _____

dividerò la camera con _____

Data di arrivo: _____ Marzo 2015 Data di partenza: _____ Marzo 2015 Numero Notti _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

(le spese bancarie sono a carico del partecipante)

La prenotazione verrà ritenuta valida solo se accompagnata da **un deposito pari all'importo corrispondente alla prima notte per ogni camera prenotata nella categoria desiderata.**

Il deposito potrà essere regolato con le seguenti modalità:

Allego____ **copia del bonifico bancario** effettuato in favore di Promhotels Soc. coop ARL Divisione Riccione Congressi presso la Cassa dei Risparmi di Forlì e della Romagna IBAN IT 04 H 06010 24101 074000000707 specificando
Cognome/Nome/Deposito Hotel

Garanzia con carta di credito ____ (allegare copia fronte/retro della carta di credito)

In caso di annullamento dopo il 27 Febbraio 2015 o mancato arrivo autorizzo addebito sulla carta di credito indicata del deposito richiesto per ogni camera prenotata secondo la categoria prescelta.

Visa____ Mastercard____ Diners____ Nr _____ Codice CVV (TRE CIFRE) _____

Intestatario della carta _____ Data di nascita _____

Data di scadenza _____ Firma dell'intestatario _____

Il saldo verrà effettuato direttamente in hotel che emetterà regolare documento fiscale per l'intero soggiorno.

MODALITA' DI CANCELLAZIONE

Eventuali cancellazioni saranno accettate senza alcun addebito, se pervenute per iscritto entro il 27 Febbraio 2015, decorso tale termine verrà trattenuto il deposito versato.

Il rimborso verrà effettuato a fine manifestazione.

In caso di mancato arrivo la camera rimarrà a disposizione soltanto per la prima notte riservata e coperta dal deposito o garantita da carta di credito.

DATI PER LA FATTURAZIONE

Si prega di inserire il dettaglio dei dati per la fatturazione

Intestazione _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Pv. _____

P.IVA _____ Codice fiscale _____

PRIVACY:

AUTORIZZO NON AUTORIZZO l'invio al mio domicilio di documentazione commerciale, offerte, opuscoli e lettere informative ed augurali anche a mezzo di altri soggetti.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO la comunicazione a terzi della mia permanenza alla manifestazione, ai soli fini di ricevere e trasmettermi corrispondenza, messaggi e telefonate a me indirizzate.

* Per la normativa completa sulla privacy consultare il sito www.riccionecongressi.com

Data _____ Firma _____