



Formato de reserva y autorización de cargo a tarjeta de crédito

Nombre del Grupo: **ASOCIACION DE CIRUGIA COLONRECTAL**
Favor enviar antes del: **27 DE JUNIO, 2018**
Al correo reservas.grupos@agrisal.com
Al correo grupos@agrisal.com

INFORMACION TARJETAHABIENTE

Nombre según aparece en tarjeta : _____

Tipo de Tarjeta: Visa MC Amex Diners/C B

Número de Tarjeta: _____ Fecha de Vencimiento : _____

Información del huésped

Nombre del huésped: _____

Numero de Teléfono: _____ Teléfono alterno: _____

País: _____ Nacionalidad:: _____

Numero de Pasaporte: _____

Fecha de Llegada _____ Fecha de Salida: _____

Numero de Noches: _____

Información de tarifa y Cargos autorizados

<input type="checkbox"/> Sencilla: US\$90.00 + 18% de impuestos	<input type="checkbox"/> Doble: US\$ 100.00 + 18% de impuestos
Número de habitaciones solicitadas	Si comparte habitación indicar el nombre de acompañante:

Todas las habitaciones son NO Fumadores

PRE AUTORIZACION

La información de tarjeta de CREDITO es INDISPENSABLE para ingresar y confirmar su reserva. El día 27 de Junio, 2018 se le hará una pre-autorización a la tarjeta de crédito que usted indique para garantizar su espacio, por el monto total a su estadía. **NO ACEPTAMOS TARJETAS DE DEBITO** ya que al hacer la transacción esta se cobra automáticamente y la devolución puede tardar más de 30 días.

POLITICAS DE CANCELACION Y DE NO SHOW

Si el huésped cancela su reservación de 15 días antes de su llegada se realizara un cargo del 50% del total de la estadía completa. Si el huésped cancela su reservación a 10 días antes de su llegada se realizara un cargo del 100% del total de la estadía completa. Si el huésped no se presenta (No Show) a la fecha de llegada de su reservación, se hará cargo total de toda la estadía a la forma de pago establecida al momento de la reserva.

Yo certifico que toda la información está completa y es verídica. Con la cual autorizo a **COMPANIA HOTELERA SALVADORENA S.A.** a realizar los cargos indicados a la tarjeta de crédito indicada en la parte superior de este formato según la Información de tarifa y las políticas de la reserva especificadas.

Para completar su reserva favor anexar copia de tarjeta de crédito y documento de identidad (revés y derecho)

Firma del Tarjeta habiente: _____

Información de contacto Hotel Crowne Plaza: Sonia Panameño:2133-7152; correo: reservas.grupos@agrisal.com