Per fax an 02361 / 30 65 100
Per Mail an: info@cahotel.de
Per Post an:
City Arcaden Hotel
Löhrhof 8, 45657 Recklinghausen

CITY ARCADEN HOTEL RECKLINGHAUSEN

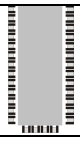
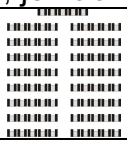
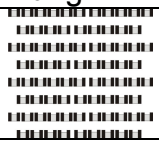
K O S T E N Ü B E R N A H M E E R K L Ä R U N G
F Ü R T A G U N G S R Ä U M E

Kostenträger

FIRMA:	
ANSPRECHPARTNER:	
STRASSE:	
PLZ/ORT:	
TELEFON:	
TELEFAX:	
EMAIL-ADRESSE:	

Hiermit erklären wir verbindlich, die Kosten für folgende Reservierung eines Tagungsraumes im City Arcaden Hotel zu übernehmen.

WICHTIG! Ohne Angebe der Kreditkaten-Informationen können wir die Kostenübernahmeerklärung leider nicht akzeptieren.

TAGUNGSRAUM		Maximale Personenzahl, je nach Bestuhlung			
RÄUME	Größe der Räume				
		U-FORM	BLOCK	PARLAMENT	KINO
ESSEN ◯	6,5m X 6,0m	-	12	-	-
KÖLN ◯	12,0m X 6,5m	40 ◯	40 ◯	30 ◯	80 ◯

ÜBERNOMMENE LEISTUNGEN	JA	NEIN	BEMERKUNGEN
RAUMMIETE	◯	◯	
KAFFEEPAUSE	◯	◯	
Sonst. SPEISEN U. GETRÄNKE	◯	◯	
W-LAN	◯	◯	

KREDITKARTE	MASTER	◯	KARTENTYP	FIRMEN KK	◯
	VISA	◯		PRIVAT KK	◯
	AMEX	◯		KARTENINHABER	
Zur Absicherung der Reservierung ◯ Zur Abbuchung des fälligen Betrages beim Check in ◯					

																		GÜLTIG BIS			
NR																	M	M	J	J

Hiermit bestätige ich, dass alle oben aufgeführten Informationen korrekt sind.
Die Kreditkarte zur Absicherung der Reservierung wird nur dann belastet, wenn Sie Ihre Zustimmung gegeben haben, oder der fällige Rechungsbetrag nicht innerhalb der vereinbarten Zeit beglichen wurde.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das City Arcaden Hotel, meine Kreditkarte, wie oben angegeben zu belasten. Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen des City Arcaden Hotels.

Ort_____Datum____/____/____ Unterschrift_____ Firmenstempel