

FORMULAIRE DE RÉSERVATION

ASSOCIATION D'ORTHOPÉDIE DU QUÉBEC - 16 AVRIL 2010
CHAMBRE À LIT QUEEN AU TARIF DE 129 \$ PAR CHAMBRE PAR NUIT

Nom et prénom: _____

Date d'arrivée: _____

Date de départ: _____

Si une personne de l'hôtel doit me contacter, SVP utiliser les coordonnées suivantes:

Numéro de téléphone: _____

Adresse: _____

Courriel: _____

La facture de ce client peut être portée sur ma carte de crédit suivante:

Numéro de la carte: _____

Date d'expiration: _____

Demandes spéciales ou informations particulières :

N.B. Veuillez nous retourner ce formulaire avant le 1 avril 2010 par courriel à dlabbe@althotels.ca ou par télécopieur au 418.658.4960. Nous vous retournerons votre numéro de confirmation par courriel dans les 24 heures suivant la réception de votre formulaire.

*** Tarif en devise canadienne. Toutes taxes applicables. Politique d'annulation selon les clauses du contrat.**

Signature: _____

Date: _____