

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก การประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรม
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรม ครั้งที่ 26/2563
เรื่อง Effective Cross-Cultural Communication in Pharmacy Service
ระหว่างวันที่ 27-29 พฤษภาคม 2563
ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,450 บาท/ห้องพักคู่ ราคา 1,700 บาท (รวมอาหารเช้า)

เงื่อนไขการชำระเงิน

- เพื่อเป็นการยืนยันการจองห้องพัก กรุณาโอนเงินค่าห้องพักให้ทางโรงแรม **พร้อมส่ง แบบฟอร์มการโอนเงิน โทรสาร 02 928 1500 ภายใน 10 พฤษภาคม 2563 (ขึ้นอยู่กับจำนวนห้องพักคงเหลือ)**

โดยมีรายละเอียดการโอนเงิน ดังนี้.-

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาลำลูกกา

บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 311-3-00567-0

ชื่อบัญชี บริษัท คอนเมืองอินเตอร์เนชั่นแนลแอร์พอร์ตโฮเต็ล จำกัด

****กรุณาส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพักโดยตรงที่โรงแรมอมารี คอนเมือง กรุงเทพฯ โดยส่งแบบฟอร์มทาง E-Mail****

ถึง **คุณสมยงค์ มากสาย e-mail : somyong.m@amari.com**

หมายเหตุ (ขอภัยไม่รับจองทางโทรศัพท์ค่ะ)

- โรงแรมขอสงวนสิทธิในการคืนเงินค่าห้องพักทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใด ๆ
- กรณีที่ผู้เข้าพักต้องการยกเลิกการใช้ห้องพักผู้เข้าพักต้องส่งโทรสารเพื่อ **ยืนยันการยกเลิกห้องพัก**
1 อาทิตย์ล่วงหน้าด้วยตนเอง มิฉะนั้นทางโรงแรมฯ จำเป็นต้องขอเก็บเงินจากท่านหรือหน่วยงานต้นสังกัดตามจำนวนที่จองไว้กับทางโรงแรม
- กรุณาแสดงบัตรประจำตัวข้าราชการ ในเวลาที่เข้าพัก

รายละเอียดผู้เข้าพัก **กรุณาใส่หมายเลขบัตรประชาชนทุกท่านค่ะ**

ชื่อผู้เข้าพัก 1
2

ขอจองห้องพักในวันที่.....เวลาเข้าพัก 14.00 น.

ถึงวันที่.....เวลาที่ออก 12.00 น.

☺ ห้องเดี่ยว จำนวน..... ห้อง รวม..... คืน

☺ ห้องคู่ จำนวน..... ห้อง รวม..... คืน

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด)

โทรศัพท์ โทรสาร