

แบบฟอร์มการจองห้องพัก โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ

วันที่ทำการสำรองห้องพัก.....ชื่อหน่วยงาน/ชื่อกรุ๊ป..... **สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)**
ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นาย นาง นางสาว.....
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Ms. Mrs.
ที่อยู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมลล์.....
เข้าพักวันที่.....ออกวันที่.....จำนวน.....คืน
พักคู่กับ.....เบอร์โทรศัพท์.....

ราคาห้องพัก (รวมอาหารเช้า)

เตียงเดี่ยว (ซูพีเรียร์) พักเดี่ยว ราคา 1,800.- บาท/คืน/ห้อง พักคู่ ราคา 1,800.- บาท/คืน/ห้อง

ขั้นตอนการสำรองห้องพัก

- โทรศัพท์เพื่อเช็คห้องว่างที่ฝ่ายสำรองห้องพัก ที่เบอร์โทรศัพท์: 02-254-0444 ต่อ 1220-1224
E-mail: rsvbkk@amtel.co.th / rsymbkk@amtel.co.th
- กรุณาส่งอีเมลล์เอกสารการจองพร้อมทั้งแนบการจองมาที่ฝ่ายสำรองห้องพัก
- กรุณาถือใบจองนี้มาแสดงในวันเข้าพักด้วย เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการตรวจสอบ
- ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง วันและเวลาเข้าพัก กรุณาแจ้งให้ฝ่ายสำรองห้องพักทราบล่วงหน้า อย่างน้อย 7 วัน
- ในกรณียกเลิกสำรองห้องพัก กรุณาแจ้งให้ฝ่ายสำรองห้องพักทราบล่วงหน้า อย่างน้อย 7 วัน พร้อมเหตุผลในการยกเลิกสำรองห้องพัก
- กรุณาสำรองห้องพักภายในวันที่ **15 พฤศจิกายน 2566**

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงแรมเท่านั้น

หมายเลขยืนยันการจองห้องพัก	
เจ้าหน้าที่ฝ่ายสำรองห้องพัก	
วันที่รับจอง	