

**Buchungsformular für ein Abrufkontingent
im Schlosshotel Bad Wilhelmshöhe Conference & Spa**

Der Abruf eines Zimmers aus einem Abrufkontingent ist
ausschließlich mit diesem Formular möglich.
Es gelten die unten genannten Stornierungsbedingungen



ANMELDUNG

Rechnungsanschrift

Privatadresse

Firma: _____	_____
Frau / Herrn: _____	_____
Straße: _____	_____
PLZ: _____	_____
Ort: _____	_____
Tel.: _____	E-Mail: _____

***Hiermit buche ich ein Zimmer aus dem Abrufkontingent
mit dem Stichwort „DPG2024“ vom***

☐ 26.-27.01.2024

☐ zum Preis von 129,00 € im EZ inkl. Frühstück

☐ zum Preis von 154,00 € im DZ inkl. Frühstück

Parkgebühren: 9,00 € / PKW / 24 Std. für Übernachtungsgäste/Tagungsteilnehmer

Kostenübernahme:

- ☐ Logis ☐ Verpflegung ☐ Parken
☐ Minibar, Hotelbar, Sonstiges ☐ Energiepauschale

Zahlungsmodalitäten:

- ☐ vor Ort
☐ Rechnung an oben genannte Adresse (Überweisung) ☐ per Mail ☐ per Post
☐ Endbetrag darf von der unten genannten Kreditkarte abgebucht werden

Ihre Kreditkartendetails: (dienen nur zur Garantie)

Karteninhaber: _____

Kartennummer: _____

Ablaufdatum: _____

Stornobedingungen:

Eine kostenfreie Stornierung nach erfolgter Buchung ist bis 28 Tage vor Anreise möglich, danach gilt:
27 - 14 Tage vor Anreise 70% der vertraglich vereinbarten Zimmerpreise
13 - 07 Tage vor Anreise 80% der vertraglich vereinbarten Zimmerpreise
06 - 01 Tage vor Anreise 85% der vertraglich vereinbarten Zimmerpreise
am Anreisetag 90% der Zimmerpreise

Hiermit bestätige ich meine verbindliche Buchung der obengenannten Leistungen:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Unsere AGB können Sie unter www.schlosshotel-kassel.de einsehen.

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt zurück an
info@schlosshotel-kassel.de

Anschrift: Schlosshotel Kassel-Wilhelmshöhe, Schlosspark 8, 34131 Kassel
www.schlosshotel-kassel.de