



THE REGENT CHA AM
BEACH RESORT
HUA HIN - CHA AM

กรุณาส่งซองห้องพัก
ภายในวันที่
วันที่ 8 เมษายน 2565

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก
ราชมหาวิทยาลัยสุตินิกะแพทย์แห่งประเทศไทย
ระหว่างวันที่ 27 – 29 เมษายน 2565

ชื่อ-สกุล			
หน่วยงาน			
ที่อยู่			
หมายเลขโทรศัพท์		มือถือ	
อีเมลล์		แฟกซ์	

วันเช็คอิน (Check In)		วันเช็คเอาท์ (Check Out)	
-----------------------	--	--------------------------	--

ชนิดของห้องพักและจำนวนห้องที่ต้องการ

	ห้องซูพีเรีย(เดี่ยว/คู่)	ราคา 2,000 บาทถ้วน	จำนวน	ห้อง
	ห้องเดอลักซ์ซีวิว (เดี่ยว/คู่)	ราคา 2,400 บาทถ้วน	จำนวน	ห้อง
	เตียงเสริม 1 เตียงต่อห้อง	ราคา 1,000 บาทถ้วน	จำนวน	เตียง

บัตรเครดิต

ชื่อผู้ถือบัตรเครดิต.....วันหมดอายุบัตร.....
เลขที่บัตร.....ลายเซ็นผู้ถือบัตร.....

หรือโอนเงินมาที่ ชื่อบัญชี บริษัท เดอะรีเจนท์ อะม โฮเต็ล จำกัด (The Regent Cha-Am Hotel Co., Ltd.)
ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) สาขาชะอำ บัญชีสะสมทรัพย์ เลขที่ 566-019-784-8

หมายเหตุ

- กรณีที่ชำระผ่านบัตรเครดิต กรุณากรอกข้อมูลบัตรเครดิตให้ครบถ้วนเพื่อเป็นการยืนยันการสำรองห้องพัก มิเช่นนั้นทางโรงแรม ขอสงวนสิทธิ์ไม่ทำการสำรองห้องพักดังกล่าว
- กรณีที่ชำระผ่านการโอนเงิน กรุณาแนบหลักฐานการชำระเงินมาพร้อมแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก มิเช่นนั้นทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ไม่ทำการสำรองห้องพักดังกล่าว

การยกเลิกห้องพัก

กรณีแจ้งยกเลิกหลังวันที่ 18 เมษายน 2565 ทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ เรียกชำระค่าห้องพักเต็มจำนวน

กรอกแบบฟอร์มและส่งกลับมายังแผนกสำรองห้องพักที่หมายเลขโทรสาร หรือส่งอีเมลล์

โทร +66 (0)2 255 2818 ต่อ 400, แฟกซ์ +66 (0)2 651 9751 หรือ Email: reservation@regent-chaam.com

เมื่อได้รับหมายเลขยืนยันกลับจากทางโรงแรม จึงจะถือว่าการสำรองห้องพักเสร็จสมบูรณ์

สำหรับเจ้าหน้าที่	หมายเลขเพื่อยืนยัน	
-------------------	--------------------	--

*** กรณีต้องการใบเสร็จ/กำกับภาษี ขอรับได้ในวันเข้าพักที่โรงแรม ***