



แบบฟอร์มการสำรองห้องพักโรงแรมไอบิส สไตล์ เชียงใหม่

ศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่เข้าพัก _____ วันที่คืนห้องพัก _____

จำนวนผู้เข้าพัก (1 ห้อง พักได้สูงสุด 2 ท่าน): _____ ท่าน

ประเภทห้องพัก ☐ ห้องสุพีเรียรวมอาหารเช้า 1,500/คืน ☐ ห้องดีลักซ์รวมอาหารเช้า 1,800/คืน

☐ เตียงเสริมรวมอาหารเช้า 800 บาท/คืน

ประเภทเตียง ☐ เตียงเดี่ยว ☐ เตียงคู่

ชื่อ-สกุลผู้เข้าพัก(ภาษาไทย) _____

ชื่อ-สกุลผู้เข้าพัก(ภาษาอังกฤษ) _____

เบอร์โทร _____ อีเมลล์ _____

ชื่อ-สกุลผู้เข้าพัก(ภาษาไทย) _____

ชื่อ-สกุลผู้เข้าพัก(ภาษาอังกฤษ) _____

เบอร์โทร _____ อีเมลล์ _____

รายละเอียดในการออกใบเสร็จ

หมายเหตุ

- ลูกค้าที่จองห้องพัก หรือโอนเงินค่าเข้าพักแล้ว หากมีการเปลี่ยนแปลง/แก้ไข กรุณาแจ้งทางโรงแรมฯ ล่วงหน้า 3-5 วันก่อนวันเข้าพัก ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าห้องพักในทุกกรณี
- กรุณาโอนเงินค่าห้องพักเข้าบัญชีโรงแรม (100% ของค่าห้องพักทั้งหมด) ได้ตามธนาคาร ดังนี้
ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด มหาชน
สาขา ถนนนิมมานเหมินท์
ชื่อบัญชี บริษัท ริเวอร์แคว โบตานิก การ์เดน จำกัด
บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 839 212363 5

กรุณาส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพักกลับมาที่แผนกสำรองห้องพัก

อีเมลล์ h8108-fo9@accor.com หมายเลขโทรศัพท์ 053-908888

