****

**Reservation Form**

**대한인터벤션영상의학회**

\* 아래의 예약요청서 양식을 작성하여 이메일이나 팩스로 보내주시기 바랍니다.

E-mail : [**swissrosen@gmail.com**](mailto:swissrosen@gmail.com) Fax : +**82-54-748-1998**(Tel +82-54-748-4848).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONAL INFORMATION** | | | | | | |
| **NAME** | |  | | **NUMBERS OF GUEST** 숙박인원 | |  |
| **핸드폰번호** | |  | | **E-MAIL** | |  |
| **CHECK-IN** | |  | | **CHECK-OUT** | |  |
| **객실수** | | **Double (for 1): Rms**  **Twin (for 2): Rms**  **Ondol (for 3): Rms** | | **숙박일수** | | **박** |
| **ROOM TYPE & RATE 객실타입&요금** | | | | | | **Remarks** | |
| **C’gory** | **DOUBLE 더블**  **(1 Person)** | | **TWIN 트윈**  **(2 People)** | | **ONDOL 온돌**  **(3 People)** | **조식: 10,000원 (인당)**   * YES □ NO * 인원수: 인 | |
| 6/3 | □ KRW 80,000 | | □ KRW 88,000 | | □ KRW 88,000 |
| 6/4 | □ KRW 90,000 | | □ KRW 99,000 | | □ KRW 99,000 |
| 6/5 | □ KRW 120,000 | | □ KRW 128,000 | | □ KRW 128,000 |

•상기 요금은 10% 부가세포함금액임

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **결제정보** | | | |
| **카드사** | □ VISA □ MasterCard □ BC □ American Express □ Others | | |
| **카드번호** |  | | |
| **카드 소유주 성명** |  | **만료기간** | (MM/YY) |

• 지불보증용 신용카드 정보는 예약확정을 위하여 오픈해야합니다. 숙박료는 체크인시 결제처리됩니다.

• 취소위약금은 오픈된 카드로 결제처리됩니다.

* **취소 또는 변경 위약금 규정:**

도착일로부터 5~7일 이상 전 취소 또는 변경시: 총 숙박요금의 10% 위약금

3~5일 이상 전 취소 또는 변경시: 총 숙박요금의 30% 위약금

도착일로부터 1~2일 이상 전 취소 또는 변경시: 총 숙박요금의 50% 위약금

도착일 당일 취소 또는 변경, 노쇼시: 총 숙박요금의 100% 위약금