

**HOTEL ZIMMER RESERVIERUNG
HOTEL ROOM RESERVATION**

13.-15.05.2010

**“Stichwort: 2nd AOCMF International Symposium”
Anmeldeschluss/ registration bis / until 13.04.2010**

**Bitte bestätigen Sie an
Please confirm to**

Fax: ++43 1 316 12 816/boltzmann@arcotel.at

Vorname _____ Familienname _____
First Name _____ Second Name _____

Wohnadresse _____ Strasse _____
Home Adress _____ Street _____

Postleitzahl _____ Stadt _____ Land _____
ZIP Code _____ City _____ Country _____

Telefon _____ Fax _____
Telephone _____ Fax _____

Kreditkartennummer _____ Ablaufdatum _____
Credit Card Number _____ Exp. Date _____

CVC Code: _____

VISA MC AMEX Diners

Bitte reservieren Sie für mich
Please make the following reservation

_____ Einzelzimmer/single room
pro Nacht / per night Euro 80,00
(inklusive Frühstück/including breakfast)

_____ Doppelzimmer/double room
pro Nacht / per night Euro 110,00
(inklusive Frühstück/including breakfast)

Ankunftsdatum _____ Abreisedatum _____
Arrival Date _____ Departure Date _____

Unterschrift / Stampiglie Auftraggeber