

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



ANMELDUNG

Rechnungsanschrift

Privatadresse

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

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

- 05.-06.05.2025 06.-07.05.2025
 zum Preis von 145,00 € im EZ inkl. Frühstück
 zum Preis von 170,00 € im DZ inkl. Frühstück

Parkgebühren:	12,00 € / PKW / 24 Std. für Übernachtungsgäste/Tagungsteilnehmer
Kostenübernahme:	<input type="checkbox"/> Logis <input type="checkbox"/> Verpflegung <input type="checkbox"/> Parken <input type="checkbox"/> Minibar, Hotelbar, Sonstiges <input type="checkbox"/> Energiepauschale
Zahlungsmodalitäten:	<input type="checkbox"/> vor Ort <input type="checkbox"/> Rechnung an oben genannte Adresse (Überweisung) <input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> Endbetrag darf von der unten genannten Kreditkarte abgebucht werden

Ihre Kreditkartendetails: (dienen nur zur Garantie)

Karteninhaber: _____

Kartenummer: _____

Ablaufdatum: _____

Stornobedingungen:

Eine kostenfreie Stornierung nach erfolgter Individualbuchung 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