



**Anmeldeformular für das Abrufkontingent "Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V."  
(Zimmer am 28.06.2019 - 30.06.2019)**

**Anmeldung per Fax unter 0561 / 20 90 500 oder e-mail info@lastrada.de**

**Anmeldeschluss: 16.05.2019**

Anreise am: \_\_\_\_\_ Abreise am: \_\_\_\_\_

- Einzelzimmer à € **110,00 inkl.Frühstück** pro Nacht  
 Doppelzimmer à € **135,00 inkl.Frühstück** pro Nacht

Gastname : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

Strasse : \_\_\_\_\_

PLZ / Ort : \_\_\_\_\_

Rufnummer : \_\_\_\_\_

Fax / E-Mail : \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie für jedes benötigte Zimmer ein separates Formular aus!

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass das gesamte Hotel rauchfrei ist.

**Das Zimmer steht Ihnen am Anreisetag ab 15.00 Uhr zur Verfügung.**

Sollten Sie nicht anreisen, stellen wir Ihnen die Übernachtungskosten anteilig von 90% in Rechnung. Eine kostenfreie Stornierung ist bis 14 Tage vor Anreise möglich.

Das Formular gilt nicht als Kostenübernahme!

VISA  Master-/ Eurocard  AMEX  Diners

Nummer: \_\_\_\_\_ Gültig bis: \_\_\_\_\_

Sie haben die Möglichkeit vor Ort in Bar, mit EC- oder Kreditkarte zu zahlen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel / Unterschrift

Bestätigung vom Hotel erwünscht:  ja  nein (bitte ankreuzen)

**Rückbestätigung vom Hotel**

Zimmer gebucht am: \_\_\_\_\_

Reservierungsnummer: \_\_\_\_\_ Hotelstempel, Unterschrift

Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.