



แบบฟอร์มการจองห้องพักโรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ

สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 21 – 23 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ณ ห้องประชุมแมนดารินแกรนด์บอลรูม โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ

ชื่อ-สกุล
ชื่อ-สกุล (กรณีพักคู่)
หน่วยงาน
โทรศัพท์อีเมล์.....
มีความประสงค์จองห้องพักโรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ
โดยเข้าพักวันที่
ออกวันที่

ประเภทห้องพัก : ดิลักซ์รูม

☐ ห้องเดี่ยว ราคา 2,300 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 1 ท่าน

☐ ห้องคู่ ราคา 2,500 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 2 ท่าน

หมายเหตุ : ราคานี้เฉพาะการออกไปเสร็จในนามสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยและข้าราชการเท่านั้น

ประเภทห้องพัก : พรีเมียร์รูม (บริษัทเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย)

☐ ห้องเดี่ยว ราคา 2,500 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 1 ท่าน

☐ ห้องคู่ ราคา 2,700 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 2 ท่าน

หมายเหตุ : ราคานี้เฉพาะการออกไปเสร็จในนามของ บริษัทเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเท่านั้น

*** กรุณาส่งแบบฟอร์มการจองห้องพัก ***

แผนกสำรองห้องพัก : โทร. 02-238-0230 ต่อ 4161,4162,4163,4164 โทรสาร 02-233-3185

Email : rsvn@mandarin-bkk.com; Pathaipischa.i@mandarin-bkk.com; chonthinee.p@mandarin-bkk.com

หมดเขตการสำรองและยืนยันการจองห้องพักภายในวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ออกไปเสร็จในนาม

.....
.....



เงื่อนไขการจอง

1. หากมีเหตุที่ไม่สามารถเข้าพักตามกำหนดที่จองไว้ กรุณาแจ้งให้โรงแรมทราบล่วงหน้าก่อนเข้าพักอย่างน้อย 3 วัน หากไม่มีการแจ้งยกเลิกล่วงหน้า โรงแรมขอเรียกเก็บเงินค่าธรรมเนียมของห้องพักจำนวน 1 คืน
2. ค่าใช้จ่ายห้องพักจะเรียกเก็บจากผู้เข้าพักโดยตรง โดยสามารถชำระผ่านบัตรเครดิตหรือเงินสดในวันที่เข้าพัก

ชื่อผู้จอง วันที่