



แบบฟอร์มการจองห้องพักโรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ

สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 26 – 28 สิงหาคม พ.ศ. 2569

ณ ห้องประชุมแมนดารินแกรนด์บอลรูม โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ

ชื่อ-สกุล

ชื่อ-สกุล (กรณีพักคู่)

หน่วยงาน

โทรศัพท์ อีเมล

มีความประสงค์จองห้องพักโรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ

โดยเข้าพักวันที่

ออกวันที่

ประเภทห้องพัก : ดิล็กซ์รูม

ห้องเดี่ยว ราคา 2,400 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 1 ท่าน

ห้องคู่ ราคา 2,600 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 2 ท่าน

หมายเหตุ : ราคานี้เฉพาะการออกไปเสร็จในนามสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยและข้าราชการเท่านั้น

ประเภทห้องพัก : พรีเมียร์รูม (บริษัทเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย)

ห้องเดี่ยว ราคา 2,600 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 1 ท่าน

ห้องคู่ ราคา 2,800 บาท รวมอาหารเช้า และอินเทอร์เน็ตสำหรับ 2 ท่าน

หมายเหตุ : ราคานี้เฉพาะการออกไปเสร็จในนามของ บริษัทเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเท่านั้น

การโอนเงินค่าห้องพัก

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสะพานเหลือง เลขที่บัญชี 005-235402-3

ชื่อบัญชี บริษัท แมนดาริน โฮเทล จำกัด (มหาชน)

*** กรุณาส่งแบบฟอร์มการจองห้องพักและหลักฐานการโอนเงินกลับมาที่ ***

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

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

หมดเขตการสำรองและยืนยันการจองห้องพักภายในวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2569



ออกใบเสร็จในนาม

.....
.....

เงื่อนไขการจอง

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

ชื่อผู้จอง วันที่