



RESTAURANT GASTRONOMIQUE
HÔTEL **** DE CHARME

Demande de prise en charge



Toute demande incomplète ne pourra être acceptée

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Télécopie :

Email :



Manifestation du :



Cadre réservé aux sociétés, laboratoires, associations et agences.

Je soussigné(e) Mr ou Mme
agissant en qualité de

N° de Siret : Code APE :

N° IATA ou Licence Agence :



Prendra en charge :

Restauration avec boissons

Pause

Restauration sans boissons

Extras (téléphone, mini-bar, roomservice)

Bar

Autres :

Journée d'étude

Location de salle

Et je m'engage à ce que le règlement du solde de la facture globale soit effectué :

Sur place

Mode de règlement :

Chèque

Virement

Carte de crédit N° Exp : Cryptogramme :

Fait le/...../.....

Le client (cachet et signature)