



Att Sr. _____ Fax : _____

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CARTÃO DE CRÉDITO

Autorizo o débito em meu cartão de crédito, para pagamento de despesas no Real Classic Hotel conforme informações abaixo:

Nome _____

Nome do Hóspede _____

Número e tipo de apartamento _____ Solteiro () Casal () Triplo ()

Reserva (s) Número (s) _____

Data da Chegada ____/____/____ Data da Saída ____/____/____

Endereço _____

Cep _____ Cidade _____ Estado _____

Telefone Residencial () _____

Telefone Comercial () _____

Tipo do Cartão _____

Nº do cartão _____ COD DE SEGURANÇA _____

Validade do cartão ____/____/____

Valor _____

Política de cancelamento

A reserva SEM GARANTIA DE NO-SHOW será cancelada.

Para reserva COM GARANTIA DE NO-SHOW em caso de não comparecimento do hóspede, será cobrado 1 diária no cartão de crédito acima mencionado

Assinatura do portador _____

Data ____/____/____

Responsável pelo processamento da transação _____

***OBS: FAVOR ENVIAR AUTORIZAÇÃO PREENCHIDA JUNTAMENTE COM A CÓPIA FRENTE E VERSO DO CARTÃO.**

Fax para envio – 079- 2106 7019