

# HOTEL SPA FALTOM



Niniejszym wyrażam zgodę na obciążenie mojej karty kredytowej kwotą: ..... przez Hotel Spa Faltom

*I hereby grant my consent for charging my credit card for the amount of: ..... by Hotel Spa Faltom.*

Imię i nazwisko właściciela karty: .....  
*Name of credit card owner*

Typ karty: .....  
*Type of credit card*

Numer karty: .....  
*Credit card number*

Data ważności karty: .....  
*Expiry date*

CVC/CW: .....

Data/Date: .....

Podpis/Signature: .....

Rezerwacja dla: .....  
*Reservation for*

Numer rezerwacji: .....  
*Reservation number*

Telefon kontaktowy: .....  
*Contact number*

e-mail: .....

Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza mailem na adres: [recepca@hotel-faltom.com.pl](mailto:recepca@hotel-faltom.com.pl) lub faxem na numer: (058) 671 58 77.

*Please fill in the form and send it by e-mail: [recepca@hotel-faltom.com.pl](mailto:recepca@hotel-faltom.com.pl) or by fax: +4858 671 58 77.*