



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/CWV:

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: repcja@hotelfaltom.pl lub faxem na numer: +48 58 671 58 77.

Please fill in the form and send it by e-mail: repcja@hotelfaltom.pl or by fax: +48 58 671 58 77.