

Kreditkarten Autorisierungserklärung

Bitte füllen Sie das folgende Formular aus und senden Sie es per Fax oder E-Mail an die Reservierungsabteilung. Fax: 0049-40-7884-2070, E-Mail: info@hotel-bridge-inn.de

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass ausschließlich der/die Karteninhaber/in eine Autorisierung zur Belastung der Kreditkarte geben kann.

Wir können kein Formular anerkennen, welches im Namen des Karteninhabers ausgefüllt wurde.

Diese Richtlinien sind zum Schutz der Kreditkarte des Karteninhabers.

Diese Autorisierung gilt nur für die in diesem Formular genannten Kosten und führt nicht zu weiteren Abbuchungen.

Ich (Name) _____
autorisiere die **BI Hamburg Betriebs-GmbH** meine Kreditkarte für die anfallenden Kosten von

Gast/ Gäste): _____

Reservierungsnummer: _____

Datum (von/bis): _____ zu belasten.

Ich akzeptiere folgende Kosten (bitte zutreffendes ankreuzen):

- Übernachtung
- Übernachtung und Frühstück
- Sonstiges: _____

Meine Kreditkarten Details lauten wie folgt:

KREDITKARTENTYP (VISA, AMEX, etc.) _____

KREDITKARTEN NUMMER _____

GÜLTIG BIS _____

NAME AUF DER KREDITKARTE _____

UNTERSCHRIFT DES/DER
KREDITKARTEN INHABER/IN * _____

*** Ich bestätige, dass ich der/die Kreditkarten Inhaber/in der o.g. Kreditkarte bin, und mit der Abbuchung der o.g. Kosten einverstanden bin.**

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Der volle Betrag für die o.g. Kosten wird unsererseits auf Ihrer Karte belastet.

BRIDGE INN Hotel
Germany