

## FORMULARZ REZERWACJI

Prosimy wypełnić poniższy formularz w celu rezerwacji pokoi

Potwierdzenie rezerwacji otrzymacie Państwo w ciągu 48 h

Pole oznaczone \* są obowiązkowe

**Nazwa Obiektu noclegowego \***

.....  
.....

**Termin rezerwacji \***

od ..... do .....

**Typ pokoju \***

<input type="checkbox"/> pokój 1 - osobowy	ilość <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pokój 3 - osobowy	ilość <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pokój 2 - osobowy	ilość <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pokój 4 - osobowy	ilość <input type="checkbox"/>

**Ilość osób \***

**Świadczenia\***

śniadanie                       śniadanie i obiadokolacja

**\*Imię i nazwisko osoby rezerwującej:** .....

**\*Nazwa firmy:** .....

**\*Email/ tel. kontaktowy:**.....

**\*Imię i nazwisko gościa / gości:**.....

**Wypełniony formularz prosimy wysłać na adres:**

biuro@swojskieklamty.org.pl