



AUTORIZACAO DE DÉBITO EM CARTÃO/ AUTHORIZATION FORM

Autorizo este hotel a cobrar em meu cartão as despesas por mim devidas.
(I authorize this hotel to charge my card the expenses payable by me.)

() Mastercard () Diners () American Express () Visa

Número do Cartão/Card Number: _____

Nome impresso no cartão/Name as printed on card: _____

Validade/Expiration Date: _____

Código de Segurança/Security Code: _____

Nome do Hóspede/Guest name(s): _____

Reserva/Booking: ____ noites/rooming nights

Diária/Daily Rate: Single () ; Double () Total Due: R\$

Check in _____ (data/date)

Check out _____ (data/date)

Atenção/Please Note

1. Preencher e enviar este formulário via email: sagdw@lna.br ou via fax: (35) 3623-1544 / Fill this form and send for e-mail sagdw@lna.br or fax: (55 35) 3623-1544.
2. Sua reserva será confirmada após recebermos este formulário/Your registration and hotel reservation will be confirmed after we receive this form.
3. Será debitado em seu cartão somente se você não puder comparecer e não cancelar sua reserva com pelo menos dois dias de antecedência./Your credit card will be charged only if you cannot attend the meeting and do not cancel your reservation two days in advance.
4. Suas despesas do hotel serão cobradas no check out. /Your hotel expenses will be charged at the hotel check out.

(Enviar anexo cópia do cartão, com assinatura / Send a attached copy of the card with signature.)

Assinatura / Signature