



MODULO AUTORIZZAZIONE PAGAMENTO CON CARTA DI CREDITO TERZI

Per motivi di sicurezza, si prega di inviare il presente modulo al numero di fax +39 06 5940555.

Si prega di non inviare dettagli di carta di credito via email.

Autorizzo lo Sheraton Roma Hotel ad addebitare la mia carta di credito :

American Express Visa/Mc Diners Altro

N. CARTA DI CREDITO _____ **scad.** _____

L'importo della camera pari a Euro _____

Più l'importo relativo alle seguenti voci (segnare laddove opportuno)

Prima Colazione Tutte le spese (trattamento "Full Credit") contributo di soggiorno

€ 6.00 per persona al giorno

Per la prenotazione numero _____

Per la/e camera/e a nome di (nome e cognome) : _____

Arrivo il _____ Partenza il _____

TITOLARE CARTA DI CREDITO (si prega scrivere in stampatello) _____

FIRMA DEL _____

TITOLARE _____

INDIRIZZO DEL TITOLARE _____

Numero di telefono e fax: _____

Indirizzo per intestazione della fattura:

L'Hotel si riserva di chiedere la pre-autorizzazione dell'importo totale sulla suddetta carta l'ultimo giorno lavorativo utile prima dell'arrivo dell'ospite stesso.

Sheraton®

SHERATON ROMA
HOTEL & CONFERENCE CENTER
Viale del Pattinaggio 100
00144 Rome, Italy
T 39 06 5453 1
F 39 06 5940 555
sheraton.com/roma