



# 7. Frühjahrssymposium für Kinderzahnheilkunde der ÖGK 20. – 21. April 2018

Bitte vollständig in Blockschrift ausgefüllt **bis spätestens 22. März 2018** senden an:

**TOURISMUS SALZBURG GMBH**  
Salzburg Congress  
Auerspergstrasse 6  
5020 Salzburg

Tel.: +43 (0)662 88 987-603 /-316 /-317  
Fax: +43 (0)662 88 987-32  
[service@salzburgcongress.at](mailto:service@salzburgcongress.at)  
[www.salzburgcongress.at](http://www.salzburgcongress.at)



Herr  Frau  Titel.....

Name ..... Vorname.....

ggf. Firma .....

Straße .....

PLZ ..... Stadt.....

Telefon ..... Fax.....

E-Mail ..... (Fax-Nr. und/oder E-Mail sind für die Bestätigung erforderlich)

## HOTELRESERVIERUNG

Ankunftsdatum ..... ca. um ..... Uhr Abreisedatum .....

Hotel	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Gehdistanz zu Salzburg Congress
SHERATON*****	<input type="checkbox"/> € 180,00	<input type="checkbox"/> € 210,00	Nebengebäude
ACHAT PLAZA****	<input type="checkbox"/> € 92,50*/102,50	<input type="checkbox"/> € 119,00	8 Minuten
MARKUS SITTIKUS****	<input type="checkbox"/> € 95,55*/123,55	<input type="checkbox"/> € 150,10	4 Minuten
VIER JAHRESZEITEN****	<input type="checkbox"/> € 95,00*/105,00	<input type="checkbox"/> € 120,00	6 Minuten
VILLA CARLTON****	<input type="checkbox"/> € 143,55/150,55**	<input type="checkbox"/> € 166,10/184,10**	4 Minuten
HOTEL HOFWIRT***	<input type="checkbox"/> € 110,00	<input type="checkbox"/> € 110,00	10 Minuten
HOHENSTAUFFEN***	<input type="checkbox"/> € 75,00	<input type="checkbox"/> € 96,00	10 Minuten
MOTEL ONE Mirabell n.k.	<input type="checkbox"/> € 80,05	<input type="checkbox"/> € 106,10	10 Minuten

\*Einzelbett / \*\*Superior

Alternative, falls das von Ihnen gewünschte Hotel bereits ausgebucht ist: .....

Die Preise in EURO gelten pro Zimmer (mit Bad/Dusche) und Nacht inklusive Frühstück und aller Abgaben. Es gelten die Stornobedingungen des jeweiligen Hotels. Die Bezahlung der Hotelkosten erfolgt direkt im Hotel.

## KREDITKARTENGARANTIE

Zur Garantie Ihrer Buchung bitten wir Sie um Ihre Kreditkartendetails:

American Express  Diners Club  Mastercard  Visa

Karten-Inhaber ..... CVV/CVC-Code .....

Karten-Nr. .... Gültig bis .....

Datum ..... Unterschrift .....