



Reservierungsformular Hotel Alte Fischereischule

Hervorgehobene Felder sind für die Reservierung erforderlich.

Persönliche Informationen

Name/Firma: _____

Vorname/Ansprechpartner: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Land: _____

Telefon (mit Vorwahl): _____

Fax (mit Vorwahl): _____

E-Mail: _____

Reservierungswunsch

Personenzahl: _____

Erwachsene: _____

Kinder: _____

Alter der Kinder: _____

Zimmer

Einzelzimmer Doppelzimmer

Lage

Seeseite Landseite Dachgalerie Dachgalerie mit Panoramablick

Zeitraum

_____ bis _____

Sonstige Wünsche

(Nichtraucher, Aktionsangebote, Kongressveranstaltung, behindertenfreundliches Zimmer, o.ä.):

Weitere Informationen

Bitte senden Sie mir Informationsmaterial über das Hotel zu. ja nein