

RESTAURANT POSEIDON HOTEL

Reservierungsanfrage

Anreisedatum: ___ . ___ . ____

Abreisedatum: ___ . ___ . ____

Zimmer (Anzahl): ___ Einzelzimmer
 ___ Doppelzimmer
 ___ Dreibettzimmer

Nachname, Vorname: _____

Straße: _____

Staat, PLZ, Ort: ___ _____ _____

Firma: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Email: _____

Reisende: Einzel Familie Gruppe Geschäftlich

Personen: ___ Erwachsene ___ Kinder ___ Behinderte

Ergänzungen
und Wünsche:

Bitte faxen Sie Ihre Reservierungsanfrage an: **0049 (0) 7251 91 491 22**

Wir werden Ihnen baldmöglichst antworten.

Ihr Team des **Hotel Restaurant Poseidon**