KARIBEA
HOTELS & RESIDENCES

DEMANDE DE RÉSERVATION - COMITE D'ENTREPRISE

Date : __ __ /__ __ /__ __

Société : _____

Contact : _____

Fax : _____

E-mail : _____

A l'attention de :

MARTINIQUE	☐ **KARIBEA STE LUCE HOTEL** **Fax : 0596 62 12 10 E-mail : reservation-sainteluce@karibeahotel.com** *Type :* ☐ Standard ☐ Confort ☐ Supérieure ☐ Appartement
MARTINIQUE	☐ **KARIBEA RESIDENCE GOELETTE** **Fax : 0596 58 25 76 E-mail : reservation-goelette@karibeahotel.com** *Type :* ☐ Confort ☐ Supérieure ☐ Confort Vue Mer
MARTINIQUE	☐ **KARIBEA RESIDENCE CAMELIA** **Fax : 0596 66 11 12 E-mail : reservation-camelia@karibeahotel.com** *Type :* ☐ Standard ☐ Confort ☐ Appartement famille
GUADELOUPE	☐ **KARIBEA BEACH HOTEL** **Fax : 0590 84 72 72 E-mail : reservation-gosier@karibeahotel.com** *Type :* ☐ Standard ☐ Supérieure ☐ Appartement
MARTINIQUE	☐ **KARIBEA VALMENIERE** **Fax : 0596 75 69 70 E-mail : reservation-valmeniere@karibeahotel.com** *Type :* ☐ Confort ☐ Supérieure
MARTINIQUE	☐ **KARIBEA SQUASH** **Fax : 0596 63 00 74 E-mail : reservation-squash@karibeahotel.com** *Type :* ☐ Standard ☐ Supérieure ☐ Chambre famille

Formule :

REPAS	☐ BB = petit-déjeuner inclus ☐ LOC = formule locative	☐ KALENS PASS = journée au Karibéa Ste Luce Hôtel - Martinique ☐ PASS = journée au Karibéa Beach Hôtel - Guadeloupe

Réservation :

NOM, Prénom	Date d'arrivée	Date de départ	Nbre de Nuit(s)	Nbre de personne(s) *		
				Adulte(s)	Bébé(s)	Enfant(s)
			0			
			0			

N° de téléphone du client : * Bébé : - de 2 ans / Enfant : - de 12 ans

Garantie :

Type de carte :	☐ Visa	☐ MasterCard	☐ American Express
N° de Carte :		**Date d'Expiration :** __ __ / __ __	**Cryptogramme :**
Séjour pris en charge :	☐ par le CE	☐ par le client	

Montant Total du séjour et Renseignements Complémentaires :

.....

.....

.....

CADRE RESERVE AU CE :	CADRE RESERVE A L'HOTEL :
Nom du responsable du CE qui valide cette demande : ..... Cachet du CE :	