

Restaurant und Hotel Alte Mühle****

Reservierungsanfrage

Anrede _____

Vorname _____

Nachname _____

Straße / Hausnr. _____

Plz / Ort _____

Telefonnummer _____

Faxnummer _____

E-Mailadresse _____

- | | <u>Anzahl</u> |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer, klein | _____ |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | _____ |
| <input type="checkbox"/> Doppelzimmer | _____ |
| <input type="checkbox"/> Studio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Suite | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aufbettung | _____ |

Raucher Nichtraucher

Anreise: ____/____/____ Abreise: ____/____/____

Namen der Gäste falls abweichend von oben:

Ungefähre Anreisezeit: _____ Uhr

Bestätigung erwünscht per: E-Mail Per Brief Per Fax

Sonstiges _____

