

FORMULAIRE DE RESERVATION D'HOTEL

À envoyer directement à **l'hôtel choisi** avec copie :
benjamin.mouandza@arpce.cg florent.mafoula@arpce.cg

Réunion sous régionale des États de la CEEAC pour la préparation à la CMR-15

Brazzaville (République du Congo), 13 - 15 Octobre 2014

HEBERGEMENT

Nom de l'hôtel :

Type de pièce :

Date d'arrivée :/...../..... Date de départ :/...../..... Nombre de nuits :

PARTICIPANT

M, Mme

Nom

Prénom

Fonction

Pays

Nom de l'administration ou de l'organisation

.....

Adresse

Tél. Courriel.....

PAIEMENT

Le règlement des chambres est à faire directement auprès de l'établissement choisi.

Nb : Pour la réservation et le paiement par carte bancaire voir la liste des hôtels.

Date :

Signature