

RÉSERVATION HÔTELIÈRE HOTEL BOOKING FORM

Formulaire à retourner par fax ou mél.
Please return this form by fax or email



PARTENAIRE DU SALON DU LIVRE 2010 / PARTNER OF SALON DU LIVRE 2010
www.salons-paris.com/livre

Société / Company _____

Responsable / Name _____

Adresse / Address _____

Code postal / Poscode _____ Ville / Town _____ Pays / Country _____

Tél. _____ Fax _____

Mél. / E-mail _____ @ _____

Date d'arrivée / Arrival: _____ Date de départ / Departure: _____

Nbre de nuit(s) / Nb of night(s): _____ Nbre de chambre(s) / Nb of room(s): _____

Type de chambre / Type of room: Single Double Twin

Type d'Hôtels (2*/3*/4*) à découvrir sur / To choose you hotel category visit the web site
www.salons-paris.com/livre

Quartier / Location _____

Budget par nuit / Price per night _____

À NOUS RETOURNER PAR FAX ou Mél.
PLEASE RETURN BY FAX OR EMAIL

Bureau des Salons de Paris
Tél.: +33 (0)1 43 46 20 70
Fax: +33 (0)1 43 46 20 71
E-mail : resa@bsp-hotels.com
www.salons-paris.com/livre

Date & Signature
Cachet de l'entreprise / Business stamp