



Por favor enviar este formulario firmado por fax al 0341-4494900  
o escaneado por mail a [info@apart-urquiza.com.ar](mailto:info@apart-urquiza.com.ar)

❖ Nombre del Huesped: \_\_\_\_\_  
Número de Reserva: \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_  
Fecha de Egreso: \_\_\_\_\_

❖ 16 dígitos de tarjeta de crédito: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

❖ Tipo de Tarjeta:  AMEX  VISA  Master  Diners  Cabal  
(marcar con cruz la que corresponda)

❖ Banco Emisor: \_\_\_\_\_

❖ Fecha de Vencimiento: 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Nombre y Apellido del titular: \_\_\_\_\_

Código de seguridad de la tarjeta\* (figura en el dorso): 

|  |
|--|
|  |
|--|

\*En Amex el código de seguridad figura al frente.

Mediante la presente doy fe del conocimiento y aceptación de la política de cancelaciones de Urquiza Apart Hotel & Suites que establece un período máximo de 48 horas antes de la fecha de ingreso para cancelaciones sin cargo. Si la cancelación se realiza dentro de las 48 horas antes de la fecha de check in o en caso de no presentarse a efectivizar su reserva se cobrará el monto de una noche de alojamiento como penalidad.

Firma del Titular de la tarjeta

Fecha