



Room:

Check In: 2021-08-28

Check Out: 2021-08-29

Guest N°: 3

Tarifa: CANRFUSD1 \$237

Datos del titular

Nombre / Name: Maria Soledad

Apellido / Surname: Rojas ibanez

Direccion / Address: Rozas 869

Pais / Country: Chile

Ciudad / City: Concepcion

Telefono / Phone: +56967602180

E-mail: Sole.rojas75@gmail.com

Cedula identidad: 14.372.058-6

Passport N°: _____

Acompañantes

Nombre / Name: Carraaco

Apellido / Surname: Tania

Nombre / Name: Somorrostro

Apellido / Surname: Carolina

Firma Huesped / Guest Signature

EN LOS ULTIMOS 15 DÍAS ¿HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN DIAGNOSTICADO COVID POSITIVO?(*)

☐ SI

☒ NO

¿USTED HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS?(*)

☒ NINGUNO

DECLARACIÓN JURADA: LOS ANTECEDENTES QUE EXPONGO SON VERDADEROS, EN CASO DE FALSEDAD DE LA DECLARACIÓN, PODRA SER SANCIONADO PENALMENTE.(*)

☒ ENTIENDO Y ACEPTO

Políticas del Hotel

- Declaración Jurada COVID-19 aprobada.
- En caso de contingencia o algún motivo de fuerza mayor su habitación podría ser resignada.
- Hotel Santa Cruz Plaza no se responsabiliza por las pérdidas de dinero, joyas u otros objetos de valor no declarados, para su conveniencia encontrará una caja de seguridad en su habitación.
- No se permiten mascotas al interior de las habitaciones.
- Se prohíbe fumar al interior de las habitaciones.
- Por el Presente documento autorizo al hotel para cargar a mi tarjeta de crédito _____ exp __/__, entregada para realizar mi reserva el total de los cargos que se registren durante mi estadía, consumos de alimentación y otros.



Firma Huesped / Guest Signature