



HOTEL « PALAZZO DELLE STELLINE »
CENTRO CONGRESSI
Corso Magenta, 61 – 20123 Milano (MI)
info@hotelpalazzostelline.it – FAX (0039) 02-48194281

Luogo/Place _____ Data/Date _____

**AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELLA CARTA DI CREDITO
CREDIT CARD AUTHORISATION FORM**

Io sottoscritto _____ titolare della carta di credito:
I the undersigned _____ owner of the following credit card:

NUMERO/NUMBER	CVV	VALIDA A TUTTO IL/VALID UNTIL

Autorizzo lo staff dell'Hotel Palazzo delle Stelline all'utilizzo della mia carta di credito sopra descritta per i seguenti servizi:

I hereby authorise the staff of Hotel Palazzo delle Stelline to charge my above-specified credit card for the following services:

No	Ospite/Guest	Date soggiorno Stay date	Importo/Amount	Servizi/Services (room, city tax, minibar, full credit)
1				
2				
3				

Desidero: ricevuta fiscale _____ fattura _____

In caso di fattura, prego specificare:

nome azienda _____ indirizzo _____

Partita IVA _____ codice fiscale _____

P E C :

CODICE UNIVOCO SDI:

I require standard receipt _____ invoice _____

In case you need an invoice, please specify:

Company name _____ address _____

VAT code _____

Firma autografa/Signature _____

Allego alla presente copia del documento di identità

I attach a copy of my personal ID