

PUNTA TROUVILLE HOTEL

Francisco Vidal 726
info@puntatrouville.com.uy
Teléfono: +598 2712 0903
www.puntatrouville.com.uy



FICHA DE INGRESO

NOMBRE COMPLETO / NOME COMPLETO / FULL NAME

CORREO ELECTRÓNICO / E-MAIL

PROFESIÓN / PROFISSÃO / OCCUPATION

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE / NATIONALITY

FECHA NACIM. / BIRTHDAY

ESTADO CIVIL / MARITAL STATUS

SEXO / SEX

F

M

DOCUMENTO DE IDENTIDAD / DOCUMENTO DE IDENTIDADE / TRAVEL DOCUMENT

Tipo/Type

N°

Órgano expeditor / Órgão emissor / Issuing country

DIRECCIÓN PERMANENTE / ENDEREÇO COMPLETO / PERMANENT ADDRESS

CP / CEP / ZIP CODE

BARRIO / BAIRRO / DISTRICT

CIUDAD / ESTADO / CIDADE, ESTADO / CITY, STATE

PAÍS / COUNTRY

TELÉFONO / TELEPHONE / TELEPHONE

CELULAR / MOBILE PHONE

ÚLTIMA PROCEDENCIA / ÚLTIMA PROCEDENCIA / ARRIVING FROM

Ciudad, País / Cidades, País / City, Country

PRÓXIMO DESTINO / NEXT DESTINATION

Ciudad, País / Cidades, País / City, Country

MOTIVO DEL VIAJE / MOTIVO DA VIAGEM / PURPOSE OF TRIP

Turismo/Tourism

Negocio/Business

Convención

Convenção/Convention

Otro/Outro/Other

MEDIO DE TRANSPORTE / MEIO DE TRANSPORTE / ARRIVING BY

Avión/Avião/Plane

Barco/Navio/Ship

Auto/Carro/Car

Ómnibus/Ônibus/Bus

ASISTENCIA MÉDICA / MEDICAL ASSISTANCE

TELÉFONO / TELEPHONE

¿CÓMO SUPO DE NOSOTROS? / ¿CÓMO SOUBE DE NÓS? / HOW DID YOU KNOW ABOUT US?

Cláusula: Para el caso que sea requerida o se entienda necesaria la solicitud de asistencia médica y no se informe previamente por parte del huésped la existencia de un seguro o algún procedimiento especial para que ésta sea requerida, el hotel solicitará la asistencia que estime oportuna y el costo de la misma será de cargo del pasajero.

Clause: Please inform us about your insurance or special medical assistance service of your choice, otherwise, in the event that medical assistance is required, the hotel will request the necessary assistance and the cost will be charged to the guest's account.

Cláusula: No caso que seja requerida assistência médica, o hotel irá solicitar a assistência que considere necessária. O custo do mesmo será responsabilidade do passageiro. Por favor informe previamente os dados do seguro médico ou procedimento especial da sua preferência.

ENTRADA	SAIDA	N° HABIT.
Día	Día	
Hora	Hora	

COCHE / CARRO / CAR (MATRÍCULA)

Firma del Huésped / Assinatura do Hóspede / Guest Signature:

Cláusula: De acuerdo a las condiciones del seguro contratado por el hotel, deben declararse al ingreso en Recepción y contra recibo los objetos a dejar en la habitación con valor individual mayor a US\$ 500 (dólares americanos quinientos), sin que exista cobertura de riesgo o indemnización en caso de omisión del huésped. El hotel no se hace responsable por ningún valor dejado fuera del cofre de seguridad.

Sus datos serán almacenados en la base de datos de nombre clientes y podrán ser utilizados por PROSAS S.A. según ley de habeas data. Ley N° 18.331.

Clause: According to the insurance terms, any object over US\$ 500.00 must be declared upon check in, with no coverage or compensation in case of omission. The hotel is not responsible for any value left outside the Safety box.

Your data will be stored in the database and can be used by Prosas S.A. in accordance with habeas data law. Law 18.331.

Cláusula: Em acordo com os termos de seguros contratados pelo hotel, os objetos com valor individual superiores a US\$ 500.00 deixados no quarto, devem ser declarados no momento to check in. A omissão do aviso pelo hospede, deixará sem cobertura de risco ou compensação em caso de incumprimento. O hotel não se responsabiliza por qualquer objeto deixado fora da caixa de segurança.

Seus dados serão armazenados no banco de dados e poderão serem utilizados por PROSAS S.A. de acordo com os termos da lei de habeas data. Lei 18.331.