

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W IMPREZIE

Termin Imprezy	Kod Imprezy	Ilość noclegów:	
od: / /		Wczasy <input type="checkbox"/>	Wycieczki <input type="checkbox"/>
do: / /			
Nazwa obiektu	Umowa o świadczeniu usług turystycznych zostaje zawarta z chwilą wystawienia vouchera przez Orka Travel Sp. z o.o. Niniejszy druk będzie integralną częścią umowy i załącznikiem do vouchera.		
Kraj/miejscowość			




DANE UCZESTNIKÓW IMPREZY

Lp.	Imię i nazwisko	Adres	Data ur.	Nr paszportu

SPECYFIKACJA CENY

Treść	Ilość	Cena	Suma
os. dorosła łóżko normalne			
os. dorosła łóżko dostawne			
dziecko na łóżku normalnym			
dziecko na łóżku dostawnym			
dziecko bez świadczeń			
apartament			
ubezpieczenie			
dojazd antenowy			
inne			
zniżki i dopłaty			

SPECYFIKACJA ŚWIADCZEŃ

Środek transportu: <input checked="" type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Miejsce odjazdu: _____ Godzina: _____
Ubezpieczenie NW + KL + bagaż <input type="checkbox"/>
Rodzaj pokoju/apartamentu: _____
Rodzaj wyżywienia: OB <input type="checkbox"/> BB <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> FB <input type="checkbox"/>
Uwagi:
pieczęć biura

Ubezpieczenie od chorób przewlekłych 10 zł za każdy rozpoczęty dzień.

Ubezpieczenie od kosztów rezygnacji lub przerwania uczestnictwa 3% wartości imprezy

RAZEM

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WARUNKÓW PRZEZ KLIENTA

Dane osoby zawierającej umowę	Imię i nazwisko	Adres	Telefon kontaktowy
--------------------------------------	------------------------	--------------	---------------------------

Oświadczam w imieniu własnym oraz uczestników imprezy turystycznej, na rzecz których dokonuję płatności za imprezę turystyczną, iż zapoznałem / zapoznałam się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Podróży KONTYMENTY zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Nr 1/25/09/2009 z dnia 25.09.2009 roku, jakie obowiązywać będą po zawarciu przez BIURO PODRÓŻY umowy ubezpieczenia na moją rzecz i na rzecz tych uczestników oraz oświadczam w imieniu własnym i tych uczestników, że akceptuję te warunki ubezpieczenia."

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. .
 O Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust.nr 133 poz. 833.

Data:
Podpis:

POTWIERDZENIE DOKONANIA WPLĄTY

Koszt zaliczki 40 % ceny imprezy	/ /	Czytelny podpis przyjmującego wpłatę
	Data	
Kwota dopłaty 30 dni przed imprezą	/ /	Czytelny podpis przyjmującego wpłatę
	Data	

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA REZYGNACJI

Koszt rezygnacji	Kwota do wpłaty	/ /	Czytelny podpis przyjmującego rezygnację	Czytelny podpis składającego rezygnację
		Data przyjęcia rezygnacji		