



Biuro Podróży ATUR Sp. z o.o.

Rejestr Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych
Marszałek Województwa Wielkopolskiego nr 0306K :: NIP 778-00-46-629
ul. Ogrodowa 14 :: 61-821 Poznań tel. (061) 851 62 92, fax: (061) 851 36 04
Sąd Rejonowy Poznań-Nowe Miasto i Wilda Wydział VIII Gospodarczy KRS 150916

UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG TURYSTYCZNYCH

Pieczęć biura agencyjnego Działając w imieniu i na rzecz organizatora imprezy Biuro Podróży ATUR Sp. z o.o. w Poznaniu	Miejsce pobytu/trasa wycieczki	Nr komunikatu/rodzaj oferty	
	Termin imprezy turystycznej	Zakwaterowanie (rodzaj i kategoria obiektu hotelarskiego)	
	Typ pokoju	Wyżywienie (rodzaj posiłków)	Rodzaj ubezpieczenia
	Transport (rodzaj środka transportu)	Miasto odjazdu/wylotu	

1. Imię i Nazwisko (osoby zgłaszającej)	Data urodzenia	Cena:
Adres	Numer telefonu	Oplaty dodatkowe:

2. Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Cena:
Adres	Numer telefonu	Oplaty dodatkowe:

3. Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Cena:
Adres	Numer telefonu	Oplaty dodatkowe:

4. Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Cena:
Adres	Numer telefonu	Oplaty dodatkowe:

Ja niżej podpisany zgłaszam udział w imprezie w/w osób i zobowiązuję się do uregulowania należności za ich udział w imprezie zgł. z Ogólnymi warunkami uczestnictwa w imprezach turystycznych organizowanych przez Biuro Podróży ATUR Sp. z o.o.

Należność łączna:

Miejsce zbiórki (dot. odjazdu/wylotu)	Data, godz. odjazdu/wylotu	Data wpłaty zaliczki:	Kwota zaliczki:
Miejsce powrotu	Data, godz. powrotu	Data wpłaty całości:	Kwota pozostała do zapłaty:

Uwaga: Godziny przelotów/przejazdów mogą ulec zmianie. Prosimy o potwierdzenie godziny odlotu/odjazdu u organizatora na 24 godz. przed wyjazdem.

Uwagi:

Organizator potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą M 134009 Signal Iduna Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., której beneficjentem jest Marszałek Województwa Wielkopolskiego. Klienci BP ATUR sp. z o.o. ubezpieczeni są od Kosztów leczenia, Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i utraty bagażu w Signal Iduna Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A w kwotach: koszty leczenia do 15.000 EURO, następstwa nieszczęśliwych wypadków do 7.000 PLN oraz utraty bagażu do 1.000 PLN. (Polisa SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A Nr 200452210005). Polisą ubezpieczeniową wg pakietu z jakiego korzystają turyści biura ATUR nie jest objęta pomoc/leczenie chorób przewlekłych oraz pomoc medyczna kobietom będący powyżej 32 tygodnia ciąży. Osoby z chorobami przewlekłymi oraz kobiety w ciąży winne wykupić dodatkowe ubezpieczenie. BP ATUR sp. z o.o. informuje, iż klienci mają możliwość we własnym zakresie zawrzeć umowę ubezpieczenia obejmującą szkody w większym zakresie niż ubezpieczenie zapewniane przez BP ATUR sp. z o.o. oraz zawrzeć umowę ubezpieczenia kosztów rezygnacji w imprezie turystycznej.

Ja niżej podpisany oświadczam i potwierdzam w imieniu własnym i zgłoszonych osób, w imieniu których zawieram umowę o świadczenie usług turystycznych, że otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję Ogólne warunki uczestnictwa w imprezach organizowanych przez Biuro Podróży ATUR Sp. z o.o., program imprezy/katalog oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia Signal Iduna Travel, zatwierdzone uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Nr 50/Z/2007 z dnia 07.09.2007 roku oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Imprezy Turystycznej, zatwierdzone uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Nr 51/Z/2007 z dnia 07.09.2007 roku.

Równocześnie oświadczam, iż podpisując umowę w imieniu i na rzecz osoby trzeciej, posiadam pełnomocnictwo do zawarcia niniejszej umowy, a w przypadku dokonywania zmian w umowie, oświadczam, iż udzielone mi pełnomocnictwo nie wygasło i nie zostało odwołane.

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez BP ATUR sp. z o.o. w celach związanych z jego działalnością danych osobowych moich oraz osób, w imieniu których zawarłem umowę i które upoważniły mnie do złożenia niniejszego oświadczenia, zgodnie z treścią ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 1997r. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

.....
Data, imienna pieczęć lub czytelny
podpis przedstawiciela organizatora

.....
Czytelny podpis zgłaszającego