

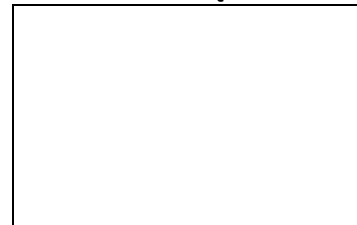
90-103 Łódź, ul. Piotrkowska 92

tel./fax: (042) 630-48-66, 636-98-38,
630-48-68, 630-48-69
e-mail: biuro@konsorcjum.com.pl

00-659 Warszawa, ul. Koszykowa 53

tel./fax: (022) 622-82-96, 622-51-95, 622-64-26
e-mail: biurowaw@konsorcjum.com.pl

PIECZĘĆ



OBSŁUGA BIUR PODRÓŻY I FIRM:

tel.: (042) 639 80 47, 632 77 57, 636-53-52 fax: 639 80 48
biuro@konsorcjum.com.pl

www.konsorcjum.com.pl

ZGŁOSZENIE – UMOWA

NA IMPREZĘ TURYSTYCZNĄ ORGANIZOWANĄ PRZEZ.....

IMPREZA..... KOD..... TERMIN.....

ZAKWATEROWANIE..... WYŻYWIENIE..... TRANSPORT.....

MIEJSCE WSIADANIA..... GODZINA.....

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z TREŚCIĄ „WARUNKÓW UCZESTNICTWA”, KTÓRE STANOWIĄ INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY O UCZESTNICTWIE W IMPREZIE I AKCEPTUJĘ JE WŁASNORĘCZNYM PODPISEM. ZGŁASZAM RÓWNIEŻ UDZIAŁ W IMPREZIE NIŻEJ WYMIENIONYCH OSÓB I ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UREGULOWANIA NALEŻNOŚCI ZA ICH UDZIAŁ W TERMINIE PRZEWIDZIANYM „WARUNKAMI UCZESTNICTWA”.

DANE UCZESTNIKÓW

L.P.	Imię i Nazwisko	Adres i nr tel.	Data ur.	Nr paszportu	Cena
Świadczenia płatne dodatkowo					
Dobrowolne ubezpieczenie – choroby przewlekłe:					
Dobrowolne ubezpieczenie – koszty rezygnacji:					
				OGÓŁEM	

WPLĄTY:	data	Nr KP	Kwota
ZALICZKA			
DOPŁATA			
RAZEM:			

POZOSTAŁĄ KWOTĘ NALEŻY WPŁACIĆ DO DNIA.....

BIURO ZASTRZEGA SOBIE MOŻLIWOŚĆ ZMIANY CENY IMPREZY, LECZ NIE PÓŹNIEJ NIŻ 20 DNI PRZED DATĄ ROZPOCZĘCIA IMPREZY

Jednocześnie informujemy, że **Konsorcjum Polskich Biur Podróży – Trade & Travel Company Sp. z o.o.** jako organizator turystyki posiada „Koncesję Organizatora Turystyki nr 6” wydaną przez Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki oraz Polisé Ubezpieczeniową Odpowiedzialności Cywilnej Organizatora Turystyki wydaną przez SIGNAL IDUNA nr M38267. Ubezpieczony potwierdza otrzymanie i zapoznanie się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA TRAVEL, zatwierdzonymi uchwałą Zarządu Signal Iduna Polska TU S.A nr 2/Z/2004 z dnia 02.02.2004. Ubezpieczony zwalnia lekarzy leczących w Polsce i za granicą z dochowania tajemnicy lekarskiej i zezwala na udostępnienie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia.

.....
(zgłoszenie przyjęto, data, podpis
pracownika przyjmującego zgłoszenie)

.....
(Data, czytelny podpis Klienta zgłaszającego)

OŚWIADCZENIE AGENTA: Proszę wystawić: notę obciążeniową na nasze biuro/fakturę na Klientów/*.

.....
podpis i pieczęć pracownika

OŚWIADCZENIE KLIENTA:** Upoważniam Trade & Travel Company Sp. z o.o. do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu.

.....
podpis klienta

*niepotrzebne skreślić, **proszę wypełnić, w przypadku kiedy Klient chce otrzymać fakturę