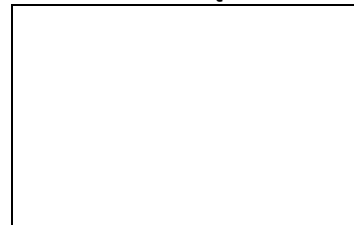


90-103 Łódź, ul. Piotrkowska 92
 tel./fax: (042) 630-48-66, 636-98-38,
 630-48-68, 630-48-69
 e-mail: biuro@konsorcjum.com.pl
 NIP 725-00-33-487

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 |
|------|-----------------|-----------------|----------|--------------|------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |

Świadczenia płatne dodatkowo

Dobrowolne ubezpieczenie – choroby przewlekłe:

Dobrowolne ubezpieczenie – koszty rezygnacji:

OGÓŁEM

| WPLĄTY: | data | Nr KP | Kwota |
|----------|------|-------|-------|
| ZALICZKA | | | |
| DOPŁATA | | | |

RAZEM:

POZOSTAŁĄ KWOTĘ NALEŻY WPLĄCIĆ DO DNIA.....

BIURO ZASTRZEGA SOBIE MOŻLIWOŚĆ ZMIANY CENY IMPREZY. LECZ NIE PÓŹNIEJ NIŻ 20 DNI PRZED DATA 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 Polisę 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