

ORGANIZATOR

Biuro Podróży
ŚWIĘCKI ILIOS HOLIDAYS
 00-655 Warszawa, ul. Waryńskiego 9,
 tel.: 022 69 69 155, fax: 022 69 69 157
biuro@iliosholidays.pl www.iliosholidays.pl
 NIP 534-021-01-82 Nr koncesji 451
 ING Bank Śląski 44 1050 1924 1000 0022 5150 9499
 Polisa SIGNAL IDUNA Polska o numerze M 140731

**AGENT**

Imię i nazwisko ekspedienta

UMOWA – REZERWACJA NR _____

STATUS REZERWACJI	<input type="checkbox"/> Wstępna	<input type="checkbox"/> Stała	<input type="checkbox"/> Na zapytanie
TERMIN PODRÓŻY	Wylot	2009	Powrót
DESTYNACJA	KRAJ	MIEJSCOWOŚĆ	
NAZWA HOTELU			STANDARD
TYP POKOJU	DBL pokój 2osobowy DB1 pokój 2osobowy z 1 dostawką SGL pokój 1 osobowy	BGL bungalow 2 pomieszczeniowy FAM pokój rodzinny	AP2 apartament dla 2 osób AP3 apartament dla 3 osób AP4 apartament dla 4 osób
WYŻYWIENIE	RR Własne	BB Śniadania	HB Śniadania i obiadowe kolacje
			FB Śniadania, obiady i kolacje
			ALL INCLUSIVE
MIEJSCE WYLOTU			DATA ZBIÓRKI
			GODZINA ZBIÓRKI
UWAGI			

OSOBA ZGŁASZAJĄCA (ODPOWIEDZIALNA): poła obowiązkowe!

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMELDOWANIA kod, miejscowość, ulica, nr	TELEFON KONTAKTOWY

UCZESTNICY:

Lp	IMIĘ	NAZWISKO	ADRES ZAMELDOWANIA kod, miejscowość, ulica, nr	DATA URODZENIA dd-mm-rrrr	CENA w PLN
1					
2					
3					
4					
5					
6					

CENA IMPREZY:

Dodatkowe Ubezpieczenie Kosztów Imprezy Turystycznej +3% ceny imprezy:

Dodatkowe Ubezpieczenie od Chorób Przewlekłych 70 zł za os za każdy tydzień:

RAZEM DO ZAPŁATY:**WPLATA:**

RATY/TERMINY	KWOTA	NR. KP	DATA WPLATY	CZYTELNY PODPIS PRZYJMUJĄCEGO WPLATĘ
ZALICZKA minimum 30%, jeżeli jest więcej niż 30 dni przed datą rozpoczęcia imprezy				
DOPLATA na 30 dni przed rozpoczęciem imprezy				
lub				
CAŁOŚĆ jeżeli rezerwacja jest dokonywana na mniej niż 30 dni przez datą rozpoczęcia imprezy				

Oświadczam w imieniu własnym i zgłaszanych osób, że zapoznałem (łam) się z programem imprezy zawartym w katalogu, Warunkami Uczestnictwa w imprezach Święcki Ilios Holidays oraz z Warunkami Ubezpieczenia i akceptuję je. Oświadczam, że zostałem (łam) poinformowany o możliwości dodatkowych ubezpieczeń od chorób przewlekłych oraz Kosztów Rezygnacji z imprezy. W imieniu swoim oraz pozostałych uczestników wymienionych powyżej potwierdzam prawdziwość wszystkich danych zawartych w Umowie-Rezerwacji własnoręcznym podpisem.

Niżej podpisany deklaruję za siebie i za innych uczestników imprezy w imieniu, których dokonuję płatności za imprezę turystyczną, że zapoznałem się z treścią i otrzymałem następujące OWU: Ogólne Warunki Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA Travel, zatwierdzone uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 2/Z/04 roku oraz uchwałą Zarządu nr 65/Z/2004 z dnia 2.12.2004 Wprowadzającą Aneks nr 1 zmiany do OWU; Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Imprezy Turystycznej, zatwierdzone uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 2/Z/04 z dnia 2 lutego 2004 roku, Ogólne Warunki Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA SKI, zatwierdzone uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 2/Z/04 z dnia 2 lutego 2004 roku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, przez Święcki Ilios Holidays do celów marketingowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych i przyjmuję do wiadomości, iż przysługuję mi prawo do wglądu i zmiany moich danych osobowych.

.....
Miejscowość, dnia.....
Pieczęć i podpis Agenta.....
Podpis Osoby Zgłaszającej