

NOMADA

BIURO PIELGRZYMKOWO - TURYSTYCZNE

UMOWA UDZIAŁU W IMPREZIE (PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE)

IMIĘ I NAZWISKO (zgodne z dowodem tożsamości)

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

ADRES DO KORESPONDENCJI.....

TELEFON DOMOWY.....

ADRES I MIEJSCE PRACY.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

SERIA I NUMER PASZPORTU.....DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU.....

NUMER DOWODU OSOBISTEGO (przy wyjazdach do krajów UE).....

NUMER NIP (faktura na życzenie).....

UDZIAŁ W IMPREZIE DO W TERMINIE.....

RODZAJ ZAKWATEROWANIADOPLATA DO POKOJU 1 OS.....

CENA WYJAZDU.....ZALICZKA.....NR KP...../ NR WB.....

TERMIN I WYSOKOŚĆ II RATY

INFORMACJĘ O IMPREZIE UZYSKAŁAM/-EM: /właściwe zaznacz X/

STAŁY KLIENT....., OD ZNAJOMYCH....., Z OGŁOSZENIA PRASOWEGO.....,W BIURZE.....
INTERNET..... INNE.....

Oświadczam, że zapoznałam /-em się z „Warunkami Uczestnictwa” które stanowią integralną część umowy i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Ja, 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 warunki OWU: Ogólne warunki ubezpieczenia Signal Iduna Travel, zatwierdzone uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Nr 50/Z/2007 z dnia 07.09.2007 roku, Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Imprezy Turystycznej, zatwierdzone uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Nr 51/Z/2007 z dnia 07.09.2007 roku, Ogólne Warunki Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA SKI, zatwierdzone uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Nr 52/Z/2007 z dnia 07.09.2007 roku”

- Decyduję się na dodatkowe ubezpieczenie obejmujące choroby przewlekłe: TAK *....., NIE.....
- Kwota dodatkowego ubezpieczenia wynosi:
- Decyduję się na dodatkowe ubezpieczenie się od kosztów rezygnacji w imprezie: TAK, NIE.....

Wyrażam...../Nie wyrażam....zgodę /-y na przetwarzanie wyżej podanych danych osobowych przez NOMADA Sp.z o.o..
Prawidłowość wyżej zawartych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
Data i podpis Uczestnika

.....
Pieczęć i podpis pracownika