**טופס הרשמה**

\*חובה לצרף צילום דרכון לטופס\*

שם החבילה: **סדנת יוגלאטיס ביוון** תאריכי החבילה:17-21.5.2018

1. **שם המזמין** (אנגלית, כפי שמופיע בדרכון):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

פלאפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ אימייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
תזונה במהלך הסדנה (נא לסמן)צמחונית / טבעונית / ללא גלוטן / אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. שם הנוסע הנוסף(אנגלית, כפי שמופיע בדרכון)**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**פלאפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ אי מייל:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תזונה במהלך הסדנה (נא לסמן)צמחונית / טבעונית / ללא גלוטן / אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**סוג החדר (נא לסמן)**

יחיד / זוגי (מיטה זוגית) / זוגי (מיטות נפרדות)

מחירי הסדנה:

* החל מ- 3490₪ לאדם בחדר זוגי, לנרשמים עד 28.2.2018
* החל מ- 3890₪ לאדם בחדר זוגי, לנרשמים החל מ – 1.3.2018 עד 30.4.2018
* החל מ- 4290₪ לאדם בחדר זוגי, לנרשמים החל מ -1.5.2018 עד יציאה הסדנה

**תוספת עבור יחיד בחדר זוגי: 450₪**

אופן תשלום

נא לסמן - **מזומן / אשראי – תשלום אחד / אשראי – תשלומי קרדיט (3 ומעלה) / העברה בנקאית**

**שם בעל הכרטיס** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ת"ז בעל הכרטיס** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **סוג כרטיס**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**מס כרטיס:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**תוקף:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס:**

דמי ההרשמה בסך 150 אירו יגבו בעת ההרשמה, יתרת עלות החופשה תיגבה כ3 חודשים לפני מועד היציאה

דמי ביטול:

מרגע ביצוע ההזמנה עד 60 ימי עבודה לפני היציאה – 150 אירו לנוסע  
מ-59 ימי עבודה עד 30 ימי עבודה לפני היציאה – 300 אירו לנוסע  
מ-29 ימי עבודה עד 14 ימי עבודה לפני היציאה – 80% מערך ההזמנה  
מ-13 ימי עבודה עד מועד היציאה וכן אי הגעה NO SHOW)) - 100% מערך ההזמנה

בקשות מיוחדות - טיסות:

במידת האפשר נשתדל לשמור לכם בטיסות מקום וארוחה להעדפתכם אישית  
**שירות זה לא מוצע בכל טיסה, ותלוי בחברת התעופה**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם** | **מקום ישיבה** | **ארוחה במטוס** | **מס' נוסע מתמיד + חברת תעופה** |
|  | חלון / מעבר | רגיל / כשר / צמחוני / טבעוני /אחר |  |
|  | חלון / מעבר | רגיל / כשר / צמחוני / טבעוני /אחר |  |

ביטוח נסיעות ומטען

* **באחריות הנוסע לדאוג טרם הנסיעה לביטוח בריאות ומטען** בעל כיסוי מורחב הכולל הטסה רפואית לארץ, ניתן לבצעו דרכנו.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| גיל המבוטח | דמי הביטוח ליום \*כולל כבודה | נא לסמן |
| **0-60** | **2.35$** |  |
| **61-75** | **3.00$** |  |
| **76-85** | **5.50$** |  |
| **86-90** | **7.35$** |  |
| **תוספות - ביטוח** | | |
| גיל המבוטח והכיסוי | דמי הביטוח ליום | נא לסמן |
| עד 90 **– תוספת רפואית להחמרה של מחלת לב קיימת ו/או מחלת ממאירה 3-6 חודשים** | **5.00$** |  |
| 18-42 **– הריון עד שבוע 32** | **3.00$** |  |
| עד75 **– איתור, חיפוש וחילוץ** | **0.50$** |  |
| עד90 **– טלפון סלולארי** | **1.70$** |  |
| עד90 **– מחשב אישי נישא** | **2.00$** |  |
| עד75 **– ספורט חורף** | **4.50$** |  |

**\*חובה להודיע מראש במידה ואושפזת בחצי השנה האחרונה או הנך נוטל תרופות באופן קבוע, במקרה של מחלה כרונית או הנך בהריון**

הערות

* באחריות הנוסע לוודא כי דרכונו תקף למשך חצי שנה לפחות מתאריך היציאה מהארץ.
* מומלץ לבצע ביטוח דמי ביטול, ניתן לבצעו דרכנו.
* מחיר החבילה יכול להשתנות בהתאם לשינויים בעלות מיסי הנמל והדלק (מיסי הדלק הכלולים במחיר, נכונים ליום).
* התוכנית נתונה לשינויים בכפיפות לתנאי מזג אויר ואילוצים שונים.
* סורנטו אינה אחראית לשינויים בטיסות הקשורים בחברת התעופה.
* הנני מודע לכך שהזמנתי מחייבת מרגע חתימתי על טופס זה.
* באחריות הנוסע לדאוג לויזה למדינת היעד (במידת הצורך).

\*חובה לצרף צילום דרכון לטופס\*

**החתימה על טופס זה מאשרת את הזמנתי בתנאים המפורטים ומעניקה לסורנטו תיירות ונופש את הזכות המלאה לחייב את כרטיס האשראי שלי, וכן לשלוח אלי** דואר אלקטרוני.

* סמן אם אין ברצונך לקבל דואר אלקטרוני

**חתימה:** **תאריך:**

בסיום מילוי הטופס יש לשלוח אותו לפקס – 09-9511097 או למייל: [HEALTH@SORENTO.CO.IL](mailto:HEALTH@SORENTO.CO.IL)