**טופס הרשמה**

**\*חובה לצרף צילום דרכון לטופס\***

שם החבילה:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** תאריכי החבילה: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

שם המזמין:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_ פלאפון: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

אימייל:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**פרטי המצטרפים - באנגלית כפי שמופיע בדרכון (מלא הכל):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם | משפחה | מס' דרכון | תוקף | תאריך לידה | תעודת זהות |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**סוג החדר** **(נא לסמן)**

* זוגי (מיטה זוגית)
* זוגי (מיטות נפרדות)
* חדר יחיד

**אופן תשלום** **(נא לסמן)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מזומן  |  | אשראי - עד 3 תשלומים ללא ריבית |  | 4 עד 8 תשלומים בתוספת 2% |  | העברה בנקאית \* |

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

מס כרטיס:

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

תוקף:

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

3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס:

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

**\*העברה בנקאית**

בנק מזרחי טפחות, סניף הרצליה פיתוח, מספר 522, מספר חשבון 604911

**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 (נא לסמן)**

❖ באחריות הנוסע לדאוג טרם הנסיעה לביטוח בריאות. ניתן לבצעו דרכנו, אנו עובדים עם חברת **הראל**.

|  |  |
| --- | --- |
|  | הנני מעוניין\ת לקבל הצעת מחיר |

**הערות**

❖ צוות אתר הנופש דובר אנגלית ואת השפה המקומית

❖ דרכון הנוסע חייב להיות בתוקף של למעלה מחצי שנה מיום הנסיעה

❖ על הנוסע לוודא כי ברשותו ויזה ליעד (במידת הצורך)

❖ על הנוסע לוודא כי ברשותו ביטוח בתוקף

❖ ההצעה תקפה ל24 שעות. לאחר מכן באחריות הלקוח לוודא כי אין שינוי במחירים ובתנאי העסקה

❖ ההצעה תלויה בזמינות המקומות בטיסה

❖ ההצעה לא ניתנת להעברה או\ו להפצה

**תנאי ביטול**

* דמי ביטול מלאים
* שינוי תאריכים ניתן לעשות עד 30 ימי עסקים ממועד הטיסה, תלוי בזמינות הטיסה והמלון.
מינימום דמי שינוי: 100$.

החתימה על טופס זה מאשרת את הזמנתי בתנאים המפורטים ומעניקה לסורנטו חופשות בריאות 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

ניתן לשלוח את הטופס וצילום דרכון גם דרך **וואטסאפ** למספר 054-5235551