**טופס הרשמה**

**\*חובה לצרף צילום דרכון לטופס\***

שם החבילה: **חופשת פילאטיס בהרי בולגריה** תאריכי החבילה:15-19.8.18

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

פלאפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ אימייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

פלאפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ אימייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**עלות הסדנה**

החל מ- 3,490 ₪ לאדם בחדר זוגי, לנרשמים עד סוף ה- 31.5.18  
החל מ- 3,990 ₪ לאדם בחדר זוגי, לנרשמים החל מ- 1.6.18 ועד 31.7.18  
החל מ- 4,390 ₪ לאדם בחדר זוגי, לנרשמים החל מ- 1.8.18 ועד יציאת הסדנה

**סוג החדר** **(נא לסמן)**

* זוגי (מיטה זוגית)
* זוגי (מיטות נפרדות)
* חדר יחיד- תוספת 650 ₪

**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:

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

**\*העברה בנקאית**

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

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

**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**

❖ 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).

**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)

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](mailto:HEALTH@SORENTO.CO.IL)

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