

שם החופשה: **יוגה ותנועה בפורטוגל** תאריכי החופשה: **11-18.7.19**

\*\*חובה לצרף צילום דרכון

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם מלא באנגלית (כמו בדרכון)** | **מקום ישיבה** | **מס' נוסע מתמיד** | **תזונה** |
|  | מעבר\חלון |  | צמחוני/טבעוני/ללא גלוטן/רגיל |
|  | מעבר\חלון |  | צמחוני/טבעוני/ללא גלוטן/רגיל |
|  | מעבר\חלון |  | צמחוני/טבעוני/ללא גלוטן/רגיל |

\*\* שירותי הושבה ובחירת ארוחות לא מוצעים בכל טיסה, ותלויים בחברת התעופה. הבקשות יבוצעו בהתאם למה שניתן.

**סוג החדר (נא לסמן)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | זוגי – מיטה זוגית |  | זוגי - מיטות נפרדות |  | חדר יחיד- תוספת 1,500 ₪ |

**עלות החופשה**

דמי הרשמה בסך 150 אירו יגבו בעת ההרשמה, יתרת העלות תיגבה כ3 חודשים לפני מועד היציאה.

**\*\* מחיר מיוחד למקדימים\*\*** **6,790 ₪** לאדם בחדר זוגי עד **27.4.19**

מחיר החופשה **7,190 ₪** לאדם בחדר זוגי מ- **28.4.19** ועד **26.6.19**

הצטרפות ברגע האחרון על בסיס מקום פנוי **7,590 ₪** לאדם בחדר זוגי, מ- **27.6.19** עד יציאת החופשה

**אופן תשלום (נא לסמן\לרשום מספר תשלומים בתיבה)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מזומן |  | אשראי – עד 4 תשלומים ללא ריבית |  | עד 10 תשלומים (2% ריבית) |  | העברה בנקאית \* |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מס' כרטיס: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| תוקף: |  |  |  |  | 3 ספרות בגב הכרטיס: |  |  |  |

\*העברה בנקאית - בנק מזרחי טפחות, סניף הרצליה פיתוח (מספר 522), מספר חשבון 604911

**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 ביטול חופשה, ניתן לבצעו דרכנו. אנחנו עובדים עם חברת Trip guaranty

❖ 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.

טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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**