

שם החופשה: **חופשת יוגה ברמת הגולן עם טל גלבוע** תאריכי החופשה: **5-7.12.19**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם מלא** | **תאריך לידה** | **מס' זהות** | **תזונה** |
|  |  |  | צמחוני/טבעוני/ללא גלוטן/רגיל |
|  |  |  | צמחוני/טבעוני/ללא גלוטן/רגיל |

**סוג החדר (נא לסמן)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | זוגי – מיטה זוגית |  | זוגי - מיטות נפרדות |  | חדר יחיד- תוספת 800 ₪ |

**עלות החופשה**

מחיר החופשה **2,500 ₪** לאדם בחדר זוגי לנרשמים עד תאריך 12.11.19

הצטרפות ברגע האחרון על בסיס מקום פנוי **2,750 ₪** לאדם בחדר זוגי, מ- **12.11.19** עד יציאת החופשה

\*\*הנחה מיוחדת ליוצאי החופשה לקפריסין 10% הנחה\*\*

\*\* הנחה מיוחדת לשלישייה שמתארגנת בחדר אחד 1,950 ₪ לאדם\*\*

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מזומן | אשראי | 4 | 3 | 2 | 1 | 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

**הערות**

❖ מספר המקומות מוגבל

❖ הטיול מותנה במינימום 10 נרשמים

❖ התוכנית נתונה לשינויים בכפיפות לתנאי מזג אויר ואילוצים שונים

❖ סורנטו חופשות בריאות שומרת לעצמה את הזכות לבצע שינויים במהלך החופשה

❖ הנני מודע לכך שהזמנתי מחייבת מרגע חתימתי על טופס זה.

**דמי ביטול**

מ-59 ימי עבודה עד 30 ימי עבודה לפני היציאה – 1000 שקלים 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 גם דרך וואטסאפ למספר **054-5235551**