

שם החופשה: **יוגה ופילאטיס במצפה השלום עם רינת ונעמה** תאריכי החופשה: **14-16.05.20**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם מלא באנגלית (כמו בדרכון)** | **תאריך לידה** | **תזונה** |
|  |  | צמחוני/טבעוני/ללא גלוטן/רגיל |
|  |  | צמחוני/טבעוני/ללא גלוטן/רגיל |
|  |  | צמחוני/טבעוני/ללא גלוטן/רגיל |

**סוג החדר (נא לסמן)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | זוגי – מיטה זוגית |  | זוגי - מיטות נפרדות |  | חדר יחיד- תוספת 900 ₪ |

**עלות החופשה**:

מחיר מיוחד למקדימים **2,050 ₪**לאדם בחדר זוגי עד 26.02.20  
מחיר הסדנה **2,350 ₪** לאדם בחדר זוגי מ- 27.02.20 ועד 30.04.20  
הצטרפות ברגע האחרון על בסיס מקום פנוי **2,750 ₪** לאדם בחדר זוגי, מ- 01.05.20 עד יציאת הסדנה

**\*\*חבר מביא חבר – 100 ₪ הנחה לכל משתתף\*\***

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מזומן | אשראי טלפוני | 4 | 3 | 2 | 1 | תשלומים ללא ריבית |  |  | עד 10 תשלומים (2% ריבית) |  |  | העברה בנקאית \* |

\*פרטים להעברה 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**

❖ 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.

**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**