

שם החופשה: **יוגה, תזונה וצלילים מרפאים בבית אורן** תאריכי החופשה: **24-26.9.20**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 700 ₪ |  |

**עלות החופשה**:

\*\* מחיר מיוחד למקדימים\*\* 1,950 ₪ לאדם בחדר זוגי עד 10.9.20

הצטרפות ברגע האחרון על בסיס מקום פנוי 2,350 ₪ לאדם בחדר זוגי, מ- 11.9.20 עד יציאת הסדנה

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

חדר לשלושה- הנחה של 200 ₪ לאדם (מיועד לשלישייה שמגיעה יחד בלבד)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מזומן | אשראי טלפוני | 4 | 3 | 2 | 1 | תשלומים ללא ריבית |  |  | 5-10 תשלומים (2% ריבית) |  |  | העברה \* |

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

**הערות**

❖ התוכנית נתונה לשינויים בכפיפות לתנאי מזג אויר ואילוצים שונים.

❖ סורנטו אינה אחראית לשינויים הקשורים לכח עליון.

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

**דמי ביטול**

מרגע ביצוע ההזמנה עד 30 ימי עבודה לפני היציאה – 500 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

**\*\*קורונה\*\***

במידה ויהיו הנחיות או מגבלות ממשרד הבריאות אשר לא יאפשרו לסדנא להתקיים היא תידחה למועד אחר.

משתתף\ת רשומים שלא יוכלו להצטרף בתאריך החדש יוכלו לקבל החזר כספי או להשתמש בסכום ששולם לחופשה עתידית אחרת.

משתתף\ת שיכנסו לבידוד ולא יוכלו להשתתף בסדנא יקבלו החזר כספי מלא. (בכפוף לאישור בכתב)

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**