

REISEANMELDUNG ÜBER ARZT

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

30345

Agentur Nr. Arzt

Ortwin Bitzer

Name d. Arztes

Ihre Anmeldedaten

1. Teilnehmer (Reiseanmelder & Rechnungsempfänger)

Name*

Vorname*

Geburtsdatum

Nationalität

Straße

PLZ/Ort

Tel.

Mobiltelefon

E-Mail

2. Teilnehmer

Name*

Vorname*

Geburtsdatum

Nationalität

*Wichtig: Name laut maschinenlesbarer Zeile im Reisepass

Kontaktadresse für den Notfall

Name

Telefon

Ihre Reisebuchung

Name der Reise & Reise-Nummer (falls vorhanden)

pro Person im Doppelzimmer _____ €

Einzelzimmer _____ €

Halbes Doppelzimmer _____ €

Aufpreis Premium Economy-Class _____ €

Zubringerflug (falls angeboten), Abflughafen: _____ €

Visumsbesorgung (falls angeboten) _____ €

REISEVERSICHERUNG

Ich wünsche eine Beratung zu den Reiseschutz-Produkten der ERV.

Ich wünsche keine weiteren Informationen zur Reiseversicherung.

Ich bitte um Buchung der Reise. Ich erkenne die Reisebedingungen (AGB) der TOUR VITAL Touristik GmbH an und habe die Angaben nach §651a BGB/Anlage 11 zu Artikel 250 §2 Absatz 1 (S. 109) zur Kenntnis genommen.

X

Datum

Unterschrift

Termin

Ausflug/Ausflugspaket _____ €

Ausflug/Ausflugspaket _____ €

Sonstiges _____ €

Sonstiges _____ €

VERLÄNGERUNG

pro Person im Doppelzimmer _____ €

Einzelzimmer _____ €

Ausflugspaket(e) _____ €

Ich erkläre ausdrücklich, auch die vertraglichen Verpflichtungen für alle von mir angemeldeten Teilnehmer zu übernehmen.

X

Datum

Unterschrift

Bitte schicken bzw. faxen Sie die ausgefüllte Reiseanmeldung an:

TOURVITAL
Reisen für die schönste Zeit des Lebens.

TOUR VITAL Touristik GmbH
Kaltenbornweg 6
50679 Köln

Fax: 0221 - 222 89 331
Mail: Petra.Arnoldy@tourvital.de