



## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG TURYSTYCZNYCH

1) NAZWA / SYMBOL: ..... TERMIN IMPREZY: .....  
RODZAJ POKOJU: ..... TRANSPORT: *wg programu* WYŻYWIENIE: *wg programu*

2) CAŁKOWITA CENA IMPREZY OD OSOBY WYNOŚI: ..... PLN i ..... CAD  
(słownie PLN /os.: ..... )  
(słownie CAD /os.: ..... )

płatne od osoby w Polsce: ..... P L N + ..... C A D (część w CAD przeliczone na PLN wg kursu sprzedaży w Pekao S.A. z dnia wpłaty) na **40 dni** prze terminem imprezy czyli do dnia .....

3) DOPLATA DO POKOJU 1-OS. (płatna w Polsce): .....

4) INNE OPŁATY (zgodnie z informacjami podanymi w programie imprezy):

a) napiwki: ..... USD / os. Płatne w Kanadzie

b) zezwolenie na wjazd do Kanady: ..... CAD / os. Płatne w Polsce

5) ZALICZKA OD OSOBY W KWOCIE: **1 5 0 0** PLN płatna do dnia: .....  
Zaliczkę należy odjąć od kwoty płatnej w Polsce.

6) FAKULTATYWNE ubezpieczenie kosztów wyjazdu z tytułu rezygnacji albo kosztów skrócenia uczestnictwa w imprezie wg § 10 o.w.u. w podróży TUiR Allianz S.A - Umowa ubezpieczenia kosztów odwołania uczestnictwa Ubezpieczonego w imprezie turystycznej może być zawarta przez Ubezpieczającego najpóźniej w ciągu 72 godzin od rezerwacji imprezy turystycznej i wpłaty całości lub części opłaty (zaliczki). (§ 10.2 pkt. 2 o.w.u. w podróży TUiR Allianz S.A.)  
Ubezpieczenie kosztów rezygnacji **rozszerzone o rezygnację z tytułu zaostrzenia chorób przewlekłych 3,94%** TAK / NIE ..... PLN / osoby  
Ubezpieczenie kosztów rezygnacji (**bez rezygnacji z tytułu zaostrzenia chorób przewlekłych**) 2,83 % TAK / NIE ..... PLN / osoby

**Konto bankowe CT Poland Sp. z o. o., 01-031 Warszawa, al. Jana Pawła II 61 lok. 2:  
Bank Pekao SA, nr rachunku w PLN: 32 1240 6247 1111 0000 4973 9369**

7) DOKUMENTACJA WIZOWA Proszę o przesłanie skanu lub kserokopii strony ze zdjęciem paszportu najpóźniej do dnia wpłaty zaliczki.

8) INNE POSTANOWIENIA: .....

9) DANE UCZESTNIKÓW (zgodne z paszportem):

a) Imię: ..... Drugie imię: ..... Nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... Telefon: ..... E-mail: .....

Stały adres zameld.: .....

Zawód: ..... Seria i numer paszportu: ..... Ważny do dnia: .....

b) Imię: ..... Drugie imię: ..... Nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... Telefon: ..... E-mail: .....

Stały adres zameld.: .....

Zawód: ..... Seria i numer paszportu: ..... Ważny do dnia: .....

ADRES DO KORESPONDENCJI: .....

### PROGRAM STANOWI INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY I BEZ PODPISANEGO PROGRAMU UMOWA NIE JEST WAŻNA

Poświadczam zgodność podanych danych z dokumentem podróży. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Ogólnych Warunków Uczestnictwa, Programem Imprezy oraz Ogólnymi warunkami ubezpieczenia w podróży GLOBTROTTER TUiR Allianz Polska S.A., które stanowią integralną część Umowy o Świadczeniu Usług Turystycznych i akceptuję je własnoręcznym podpisem na niniejszej umowie. Zgłaszam również udział w Imprezie wymienionych powyżej osób i zobowiązuję się do uregulowania należności za ich udział oraz złożenie wymaganej dokumentacji wizowej w terminie wskazanym w Umowie o Świadczeniu Usług Turystycznych. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych celem realizacji niniejszej umowy (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97r. o ochronie danych osobowych, Dziennik Ustaw Nr 133, Poz. 833)

CT Poland Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie 01-031, al. Jana Pawła II 61 lok. 2, NIP 113-22-84-621, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie XII Wydział Gospodarczy, KRS 0000181456, kapitał zakładowy 50.000 zł wpłacony w całości, w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych posiada wymagane prawem wpisu do Rejestru Organizatorów i Pośredników Turystycznych Województwa Mazowieckiego pod nr 385 oraz wydaną przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce gwarancję ubezpieczeniową o numerze GU/00001/2017 ważną od 01.03.2017 do 28.02.2018 o sumie gwarancyjnej 2 700 000 PLN, której beneficjentem jest Marszałek Województwa Mazowieckiego. Umowa objęta Turystycznym Funduszem Gwarancyjnym.

.....  
DATA I CZYTELNY PODPIS PRACOWNIKA BIURA/AGENTA

.....  
DATA I CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA