



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 EUR
(słownie PLN /os.:)
(słownie EUR /os.:)
- płatne od osoby w Polsce: P L N + E U R (część w EUR przeliczone na PLN wg kursu sprzedaży w Pekao S.A. z dnia wplaty, lub płatna w EUR przelewem na konto w EUR) na **40 dni** przed terminem imprezy czyli do dnia
- 3) DOPLATA DO POKOJU 1-OS. (płatna w Polsce):
- 4) INNE OPŁATY PŁATNE PO PRZYŁOCIE DO KRAJU DOCELOWEGO (zgodnie z informacjami podanymi w programie imprezy):
a) napiwki: USD / os.
b) pozostałe:
- 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 wplaty 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

Bank Pekao SA, nr rachunku w EUR: 64 1240 6247 1978 0000 4975 0830 (S W I F T Code: P K O P P L P W)

UWAGA: Proszę o przesłanie kolorowego **skanu lub kserokopii** strony ze zdjęciem paszportu najpóźniej do dnia **wplaty zaliczki**.

- 7) DOKUMENTACJA WIZOWA paszport, wypełniony wniosek wizowy w 1 egz., 1 zdjęcie (biometryczne) należy dostarczyć do biura na: **40 dni** przed terminem imprezy, czyli do dnia:
- 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 wpisanie 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