***Biuro Podróży Organizacji Szkoleń i Konferencji* *„ A L T A I R”* *40-313 Katowice ul. Pod Młynem 50/1***

***tel. 506 104 100*** [***www.altair.travel.pl***](http://www.altair.travel.pl/) ***a******ltair@altair.travel.pl***

***NIP 9541012083 Regon 270655140*** ***Konto Alior Bank 66 2490 0005 0000 4530 8409 1686***

***Gwarancja TU EUROPA S.A. nr GT 503/2021***

***Rejestr Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych Marszałka Województwa Śląskiego - wpis nr 113***

***Centralna Ewidencja Organizatorów Turystyki i Przedsiębiorców Ułatwiających Nabywanie Powiązanych Usług Turystycznych – numer ewidencyjny 1395***

**U M O W A Z G Ł O S Z E N I E**

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN** |  |
| **KRAJ/MIEJSCOWOŚĆ** |  |
| **ZAKWATEROWANIE** |  |
| **WYŻYWIENIE** |  |
| **TRANSPORT** |  |
| **UBEZPIECZENIE** | NNW / TU EUROPA / suma ubezpieczenia  |
| **UBEZPIECZENIE****DODATKOWO PŁATNE** | ● Ubezpieczenie od chorób przewlekłych – NIE● Ubezpieczenie od rezygnacji i przerwania podróży – TAK/NIE  |
| **INNE ŚWIADCZENIA** | Zgodnie z ofertą |
| **SKŁADKA TFG/TFP** |  |
| **UWAGI** | ● Dane do faktury prosimy wpisać w karcie kwalifikacyjnej lub przekazać do BP ALTAIR mail altair@altair.travel.pl lub tel. 506 104 100 |

**DANE UCZESTNIKÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWISKO I IMIĘ** | **ADRES, TELEFON** | **PESEL** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

**DANE ZGŁASZAJĄCEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWISKO I IMIĘ** | **ADRES** | **TELEFON E-MAIL** |
|  |  |  |

**KOSZTY**

|  |  |
| --- | --- |
| **CENA x ilość osób** |  |
| **OPŁATY DODATKOWE** |  |
| **RAZEM DO WPŁATY** |  |
| **WARUNKI PŁATNOŚCI** | Konto: BP ALTAIR 66 2490 0005 0000 4530 8409 1686 (Alior Bank)Z dopiskiem: imię i nazwisko uczestnika, miejsce |

*● Własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość powyższych danych.*

*● Potwierdzam, że zapoznałem się z ofertą, programem oraz warunkami uczestnictwa w imprezie oraz warunkami ubezpieczenia.*

*● Deklaruję, że stan zdrowia uczestnika umożliwia udział w imprezie turystycznej.*

*● Zwalniam lekarzy leczących uczestnika w kraju i za granicą z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz zezwalam* *na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.*

*Zgoda jest ważna pod warunkiem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.*

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

  **Miejscowość, data Przyjmujący zgłoszenie- pieczęć, podpis Zgłaszający – czytelny podpis**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie danych osobowych przez Biuro w celu realizacji imprezy oraz wyrażam zgodę/*

*nie wyrażam zgody na wykorzystanie i przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Zgłaszający – czytelny podpis**