UMOWA - ZGŁOSZENIA

Za pośrednictwem agenta:	ATS Express Sp. J. M. Animucka i spółka , ul. Ślusarska 25-27, 84-230 Rumia, 381Tel. (48)586714959, Fax: (48)586712931 NIP 958-10-13-947, REGON: 1920015159, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy w Krajowym Rejestrze Sądowym NR KRS 0000320970, Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych Marszałka Województwa Pomorskiego nr 381 Gwarancja Ubezpieczeniowa z dn. 07.09.2011 Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. o numerze GT 90/2011.
(pieczęć agenta)	

Impreza: ……..
Termin: …….. do ….……..

RODZAJ SWIADCZEN

Zakwaterowanie	**SGL**		**DBL**		**TRL**		**Inne**	
Wyżywienie	**Według oferty**		**Inne**					
Ubezpieczenie PL	**Opcja I**		**Ilość osób**		**Opcja II**		**Ilość osób**	
Zagranica	**Opcja I**		**Ilość osób**		**Opcja II**		**Ilość osób**	

***Zaznacz „X"**

UCZESTNICY

Lp.	Nazwisko	Imię	Data ur.	Adres	Nr Paszport
1.					
2.					
3.					

TRASA

Miejsce wyjazdu	Godzina wyjazdu	Dzień wyjazdu	Miejsce powrotu	Dzień przyjazdu

Dopuszczalny bezpłatny bagaż 20 kg + 5 kg bagażu podręcznego

ROZLICZENIE

	Cena na osobę	Ilość osób	Wartość
Wartość			**PLN**
Razem			**PLN**

Kwota zaliczki:	……..……..**PLN(min. 30%)**
Całość:	……..…… **PLN (do dnia……..…..)**

"Ogólne warunki uczestnictwa" w imprezach organizowanych przez ATS Express SP.J. ogólne warunki ubezpieczenia TU EUROPA SA ul. Powstańców Śl.2-4, 53 -333 Wrocław; ogólne warunki ubezpieczenia kosztów rezygnacji TU EUROPA SA – otrzymałem, zapoznała(e)m i zaakceptowała(e)m. Potwierdzam że przeczytała(e)m i zaakceptowała(e)m otrzymane informacje które stanowią integralną część umowy.
Potwierdzam w imieniu własnym i wszystkich uczestników imprezy, w imieniu których dokonuję płatności za imprezę turystyczną, otrzymanie Warunków Ubezpieczenia Podróży TU EUROPA SA oraz że zapoznałem się z nimi i zaakceptowałem ich treść przed zawarciem umowy. Oświadczam, że zwalniam lekarzy leczących mnie w kraju i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz zezwalam na udostępnienie dokumentacji medycznej.
ATS Express SP.J. z siedzibą w Rumii informuje, że:
- administratorem podanych przeze Panią/Pana danych osobowych jest ATS Express Sp. J. M. Animucka i spółka , ul. Ślusarska 25-27, 84-230 Rumia
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:
a/ realizacji zawartej z ATS Express SP.J. z siedzibą w Rumii umowy - Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom, w tym liniom lotniczym, autokarowym, promowym, hotelom, firmie ubezpieczeniowej, agentom współpracującym z ATS Express SP.J. na podstawie umów agencyjnych i franchisingowych, kontrahentom zagranicznym, w celu realizacji zawartej z ATS Express SP.J umowy;
- podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne;
- ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, a także prawo ich poprawiania.
Gwarancja Zwrotu Kosztów
Niżej podpisany. potwierdzam w imieniu własnym i wszystkich uczestników imprezy, w imieniu których dokonuję płatności za imprezę turystyczną otrzymanie Ogólnych warunków Gwarancji Zwrotu Kosztów oraz że zapoznałem się z nimi i zaakceptowałem ich treść przed zawarciem umowy.
Potwierdzam, że otrzymała(e)m oryginał Umowy- Zgłoszenia 2011-11- ATS Express SP.J. Podpis
Data i miejscowość podpis i pieczątka imienna ze stanowiskiem osoby zawierającej umowę w imieniu ATS Express SP.J.

Ubezpieczenie	**PL**	Opcja I	**w cenie**	Opcja II	**1,00 zł/dzień**	**Zagranica**	Opcja I	**w cenie**	Opcja II	**2,80 zł/dzień**

……

Miejscowość, Data	Podpis i pieczęć agenta	Podpis klienta