



Biuro Turystyki Młodzieżowej

Szczecin, ul. Jasełkowa 10

tel. 694 200 984

www.akme.szczecin.pl, akme@home.pl

nr konta : 07 1050 1559 1000 0023 1751 9664

nr konta EURO: 62 1050 1559 1000 0091 2093 7363 (BIC – INGBPLPW)

### UMOWA ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W IMPREZIE TURYSTYCZNEJ (INDYWIDUALNE)

NAZWA IMPREZY <b>OBÓZ HISZPANIA 2020</b>			RODZAJ IMPREZY: <b>OBÓZ ZAGRANICZNY</b>		
TRASA: <b>Szczecin – Łazurowe Wybrzeże (F)– Santa Susana (H) – Lyon (F) - Szczecin</b>			UBEZPIECZENIE: <b>SIGNAL IDUNA KL – 20000 €, KR – 6000 €, NWI – 15000 PLN, NWS – 15000 PLN</b>		
TERMIN IMPREZY : <b>07.07-18.07.2020</b>			ILOŚĆ DNI: <b>12</b>		
NAZWA OBIEKTU: <b>Hotel Don Angel w Santa Susana</b>			TRANSPORT: <b>AUTOKAR</b>		
WYŻYWIENIE: <b>BB/HB/FB</b>	ŚNIADANIE: <b>9</b>	OBIAD: <b>-3</b>	KOLACJA: <b>-</b>	OB.-KOL.: <b>8</b>	PROWIANT: <b>3</b>
MIEJSCE ZBIÓRKI: <b>ul. Ofiar Oświęcimia 14 /przy V LO/</b>			MIEJSCE POWROTU: <b>ul. Ofiar Oświęcimia 14 /przy V LO/</b>		
GODZINA WYJAZDU: <b>16:00</b>			GODZINA POWROTU: <b>10:00</b>		
CENA: <b>980 PLN + 410 €</b>			SPOSÓB ZAPŁATY: <b>gotówka, przelew</b>		
OSOBA ZAWIERAJĄCA UMOWĘ:					
ADRES:			SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI		
IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA OBOZU:			SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI UCZESTNIKA		
TELEFONY KONTAKTOWE:			E-MAIL:		
DODATKOWE INFORMACJE I USTALENIA: : <b>Dodatkowo płatne bilety wstępów według informacji zawartej w ofercie.</b> <b>TERMINY PŁATNOŚCI:</b> <b>Zadatek – 100 euro (przy podpisaniu umowy, nie później niż do 15.02.2020)</b> <b>II rata – 310 euro do 25.03.2020</b> <b>III rata – 500 zł do 10.05.2020</b> <b>IV rata – 480 zł do 15.06.2020</b>					

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Warunkami Uczestnictwa w imprezach organizowanych przez BT AKME, akceptuję je i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Umowa-Zgłoszenie, Warunki Uczestnictwa i program stanowią integralną całość, którą potwierdzam i przyjmuję do realizacji.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednej dla każdej ze stron. Jednocześnie informuję, że zapoznałem/am się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia T.U S.A SIGNAL IDUNA POLSKA BEZPIECZNE PODRÓŻE dostępnymi na stronie internetowej biura turystycznego i ubezpieczyciela.

Jako prawny opiekun uczestnika imprezy turystycznej zwalnim lekarzy prowadzących leczenie ubezpieczonego z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej wobec firmy ubezpieczeniowej jak również zezwalam na udostępnienie ubezpieczycielowi dokumentacji z przebiegu leczenia.

Ja niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez administratora danych osobowych tj. **Akme Piotr Kulec, ul. Rugujańska 13/1, 71-653 Szczecin**, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r. poz.922 ze zm.) Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany należycie o przysługujących mi uprawnieniach w zakresie możliwości wglądu do gromadzonych danych oraz o możliwości ich uzupełnienia, uaktualnienia, cofnięcia zgody na przetwarzanie oraz żądania sprostowania w razie stwierdzenia, że dane są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.

DATA I PODPIS SPRZEDAWCY	DATA I CZYTELNY PODPIS NABYWCY
--------------------------	--------------------------------