

DATI DEL SOCIO RICHIEDENTE			
Il sottoscritto			CID/n° tessera
Tipologia Socio	<input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Partecipante Pensionato <input type="checkbox"/> Partecipante Convenzionato		
Pagamento	Soci <input type="checkbox"/> trattenuta sullo stipendio (5 rate) <input type="checkbox"/> contanti o bonifico bancario: acconto all'atto della prenotazione e saldo prima della partenza		
	Partecipante Pensionato / Partecipante Convenzionato: contanti (o bonifico bancario)		
Residente a			
C.F.			
tel.	cell.	e-mail	

DATI DEL SOGGIORNO			
Hotel/Viaggio			LOCALITÀ
Dal		AL	Catalogo
Camera	<input type="checkbox"/> SINGOLA <input type="checkbox"/> DOPPIA <input type="checkbox"/> TRIPLA <input type="checkbox"/> QUADRUPLA		

DATI DEI PARTECIPANTI (specificare nome, cognome, data di nascita)	

RICHIESTE PARTICOLARI
_____

IL SOCIO
<p>-dichiara di aver preso visione e di accettare le condizioni generali di partecipazione e in particolare le norme inerenti l'annullamento del viaggio (e relative penali in caso di rinuncia) riportate nei cataloghi Agenzia ETLISIND Viaggi;</p> <p>-dichiara di presentare richiesta scritta per ogni modifica dei dati comunicati;</p> <p>- richiede il preventivo di costo all'Agenzia ETLISIND Viaggi</p> <p>Luogo e Data _____ Firma _____</p>
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI - INFORMATIVA REG.TO UE 2016/679 'GDPR'
<p>Il sottoscritto interessato, dichiara di aver preso visione del documento di informativa n. 11252.51.395083.2430590 ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679 (consultabile sul sito www.cra2a.it sezione PRIVACY o presso gli sportelli CRA2A); Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali forniti per le finalità facoltative sotto riportate?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Invio comunicazioni via email, telefono, posta o sms</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Pubblicazione di nomi, foto e video su materiale cartaceo, sul sito www.cra2a.it, sui social ufficiali di CRA2A (Facebook e Instagram).</p> <p>Data _____ Firma _____</p>

DETTAGLIO COSTI - A CURA DELL'AGENZIA	per persona €	N°	totale €
QUOTA INDIVIDUALE PARTECIPAZIONE			
SUPPLEMENTO SINGOLA			
SUPPLEMENTO/RIDUZIONE 3° LETTO			
VOLO			
SUPPL.			
TASSE APT			
ISCRIZIONE			

\*\*Nessuna opzione è stata bloccata. Tariffe e disponibilità saranno da riconfermare al momento della prenotazione.\*\*

		<b>TOTALE</b>	
DETTAGLI PAGAMENTO			
Acconto	€	L'acconto è pari al 30% del totale e deve essere versato all'atto della prenotazione.	
Saldo	€	Si ricorda che il saldo dovrà essere effettuato entro 30 giorni prima della partenza	

FIRMA DEL SOCIO PER ACCETTAZIONE DEL PREVENTIVO COME DA DETTAGLIO COSTI SOPRA RIPORTATO
Luogo e Data _____ Firma _____