

UMOWA – KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W PIELGRZYMCIE ILJO/23/2/351
ZIEMIA ŚWIĘTA Z JORDANIĄ 5-14 listopada 2023

Organizator pielgrzymki:

Marianum Sp. z o.o. (MARIANUM TRAVEL) z siedzibą w Warszawie przy ul. Św. Bonifacego 9, wpisane przez Marszałka Województwa Mazowieckiego do Rejestru Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych Województwa Mazowieckiego pod nr 2509, posiadające nr NIP 5213686159, reprezentowane w niniejszej Umowie przez:

..... z upoważnienia Prezesa

(imię i nazwisko)

Uczestnik pielgrzymki:

Imiona*

Nazwisko*

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon kontaktowy

e-mail kontaktowy

Data, miejsce urodzenia*

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adres zameldowania*

ul.

Kod, Miejscowość*

		-			
--	--	---	--	--	--

Seria, nr dokumentu paszport

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ważności dokumentu

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Uwaga! Paszport musi być ważny co najmniej pół roku od daty powrotu do Polski czyli co najmniej do 14.05.2024 r.

Dane osoby kontaktowej podczas pielgrzymki*

SZCZEGÓŁOWY PROGRAM PIELGRZYMKI O NR ILJO/23/2/351 STANOWI ZAŁĄCZNIK DO NINIEJSZEJ UMOWY

Uczestnik pielgrzymki nie później niż do dnia 05.10.2023 zobowiązuje się dostarczyć organizatorowi pielgrzymki: dane paszportowe (numer paszportu i data ważności paszportu).

Niniejszym oświadczam, że jako Uczestnik pielgrzymki zapoznałem(-a) się z Ogólnymi warunkami uczestnictwa w pielgrzymkach i imprezach turystycznych organizowanych przez MARIANUM TRAVEL z siedzibą w Warszawie, stanowiącymi integralną część niniejszej Umowy.

Zgłoszenie uczestnictwa w pielgrzymce oraz prawdziwość danych zawartych w Zgłoszeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

AKCEPTACJA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA "BEZPIECZNE PODRÓŻE" SIGNAL IDUNA

Wyrażam zgodę na zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej określonej w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty. Ubezpieczony zwalnia leczących go lekarzy w kraju i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyraża pisemną zgodę na udostępnienie SIGNAL IDUNA przez podmioty udzielające mu świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej z jego leczenia, w celu ustalenia prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że powyższa zgoda ważna jest wyłącznie, pod warunkiem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika

.....
Data i podpis osoby podpisującej Umowę w imieniu MARIANUM TRAVEL

*** Proszę wypełnić drukowanymi literami**