

REISEANMELDUNG

(Ausgefülltes Formular bitte per Post oder per Fax zusenden)

Fax-Nr.: 069 / 96.20.07.68

ROM TRAVEL GMBH
Offenbacher Landstraße 259

60599 FRANKFURT/MAIN

- eigene Anreise
 Flugreise – Reiseternin/Abflughafen

Hinflug am _____ / ab _____

Rückflug am _____ / nach _____

Ort _____

Hotel _____

vom _____ / bis _____

Anmelder / Absender:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Verpflegung:

- Frühstück
 Halbpension
 Vollpension

Kuranwendungen:

- Badekur 2 Wochen
 Badekur 3 Wochen
 Gerovital 2 Wochen
 Gerovital 3 Wochen
 Gesichts- oder Körperkosmetik für 1 oder 2 Wochen

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Namen aller reisenden Personen:

Name, Vorname, Geburtsdatum (nur für Kinder unter 12 Jahren)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Zimmerbelegung:

	1-Bett-Zimmer	2-Bett-Zimmer	Zusatz-Bett	Unterbringung in Appartement
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Gewünschte Reiseversicherung: **◆ RundumSorglos-Paket (siehe S. 16)**
 ◆ Nur Reiserücktrittskosten-Versicherung (siehe S. 16)

Sonderwünsche, Bemerkungen: _____



Wir haben die Reisebedingungen der Firma ROM TRAVEL GMBH zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Anmelder