



Kontaktours eK.
 Dircksenstrasse 40
 10178 Berlin
 Tel: 030/44651630
 Fax: 030/44651632
 www.kontaktours.de
 Email: axs@kontaktours.de

BUCHUNGSFORMULAR

Reiseziel: _____ Abfahrtsort: _____ Termin: _____

Für	Name, Vorname	Reiseziel	Geburtsdatum	Grundpreis in €
1				
2				
3				
4				

Reisegrundpreis: _____ €

Zusatzleistungen (lt. Reiseausschreibung):

Menge	Leistung	Einzelpreis in €	Gesamtpreis in €
___ x	Reiserücktrittskostenversicherung ohne Urlaubsgarantie	12,00	
___ x	Reiserücktrittskostenversicherung mit Urlaubsgarantie	15,00	
___ x	Basisschutzpaket ohne Urlaubsgarantie	15,00	
___ x	Basisschutzpaket mit Urlaubsgarantie	18,00	
___ x	Komplettschutzpaket für Auslandsreisen ohne Urlaubsgarantie	18,00	
___ x	Komplettschutzpaket für Auslandsreisen mit Urlaubsgarantie	21,00	
___ x	Tagesausflug Decin:	19,00	
___ x	Zuschlag Abfahrtsort		

Endsumme:

===== €

Anmelder:

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Telefon: _____

Datum: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Unterschrift: _____

Bemerkungen / Hinweise: _____
