



Kontaktours e.K.
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: 15,00 €		
___ x	Reiserücktrittskostenversicherung mit Urlaubsgarantie: 19,00 €		
___ x	Premiumschutzpaket ohne Reise-Rücktrittsversicherung: 25,00 €		
___ x	Premiumschutzpaket mit Reise-Rücktrittsversicherung: 29,00 €		
___ x	Tagesausflug Decin: 19,00 €		
___ x	Zuschlag Abfahrtsort		

Endsumme: _____ €

Anmelder:

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen / Hinweise: