

Ce bulletin est à renvoyer rempli en majuscules et signé en totalité par courrier avec la photocopie du passeport ou de la carte d'identité utilisé pour votre voyage à :

Transunivers : 28 rue Nollet -75017 Paris

Tél : (33) 01 42 23 77 77 -Fax : (33) 01 42 23 34 22

A l'attention de Claire

Votre demande sera traitée et votre acompte encaissé dans un délai de 7 à 10 jours à réception du bulletin.

VOYAGE : SEJOUR MALTE

Date de départ: **12 JUIN 2018**

Date de retour: **17 JUIN 2018**

COORDONNÉES DU 1er PARTICIPANT

1.Nom: _____

2.Prénom: _____

3.Nationalité: _____

(Les informations 1,2 et 3 doivent être celles figurant le passeport utilisé pour voyager)

Sexe: M F Date de naissance: _____

Adresse: _____

Ville: _____

Code Postal: _____ Pays: _____

Tél. privé: _____ Tél. portable: _____

Email: _____

N°passeport: _____ Délivré à: _____

Le: _____ Expire le: _____

COORDONNÉES DU 2ème PARTICIPANT

1.Nom: _____

2.Prénom: _____

3 Nationalité: _____

(Les informations 1,2 et 3 doivent être celles figurant le passeport utilisé pour voyager)

Sexe: M F Date de naissance: _____

Adresse : _____

Ville: _____

Code Postal: _____ Pays: _____

Tél. privé: _____ Tél. portable: _____

Email: _____

N°passeport: _____ Délivré à: _____

Le: _____ Expire le: _____

DEMANDE SPECIFIQUE DE DEPART DE PROVINCE

En fonction des possibilités (sous réserve de confirmation de TRANSUNIVERS) et moyennant paiement d'un supplément de 150 € TTC, je souhaite bénéficier d'un départ de province.

1er participant Oui Non aéroport de départ :

2ème participant Oui Non aéroport de départ :

REGLEMENT

30% par personne à l'inscription, le solde à 40 jours du départ. (Inscription à moins de 40 jours du départ : intégralité du montant).

Je règle par carte bancaire (hormis American Express et Diners Club) la somme de _____ €

Représentant un acompte de 30% par personne.

Nom du titulaire : _____

Prénom : _____

Numéro de carte:

Expire le : _____

Cryptogramme (chiffres au dos de la carte) :

Je joins un chèque de _____ € à l'ordre de **TRANSUNIVERS**, représentant un acompte de 30% par personne

Je règle par virement bancaire Montant : _____ €

Date du virement : _____

Banque : _____

Je souhaite des factures distinctes pour le 1er et 2ème participant

Les frais de virements restent à votre charge, nous vous remercions de nous fournir une photocopie du virement.

	Prix unitaire	Nombre de participants	Prix total
SEJOUR MALTE En chambre double	1 350 €		€
<u>Supplément chambre individuelle</u>	+ 590 €		€
Assurance annulation bagages – responsabilité civile (En option)	+ 34 €		€
TOTAL			€

ACCEPTATION DU CONTRAT DE VOYAGE ET DES ASSURANCES

Je soussigné (nom) _____

et (prénom) _____

agissant tant pour moi-même que pour le compte des autres personnes inscrites sur le présent bulletin d'inscription, certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de Transunivers, notamment des conditions d'annulations de mon voyage, du descriptif, des conditions tarifaires et des informations complémentaires du séjour tels que figurant sur le programme qui m'a été remis. Je les accepte toutes sans réserve. Je reconnais également avoir reçu les informations nécessaires à ma prise de décision quant au choix de la destination, notamment sur les questions relatives aux formalités administratives et sanitaires (voir www.sante.gouv.fr) et celles afférentes à la sécurité du(es) pays du voyage (voir www.diplomatie.fr). Par ailleurs j'ai eu accès aux conditions générales, liste des garanties, limitations et exclusions des contrats d'assurance que j'ai souscrits. Ceci tient lieu de décharge, valable également pour mes ayants droits et membres de ma famille.

Date et signature :

Le souscripteur du voyage Nom et Prénom

Transunivers

