

CERTIFICATO DI SOGGIORNO GRATUITO

CONDIZIONI E TERMINI

- Il presente certificato di SOGGIORNO GRATUITO dà diritto, previa disponibilità,
- a per persone
- in uno degli hotels, villaggi o residences aderenti al programma **MEDIGROUP** in ITALIA.
- Ha una validità di 10 mesi dalla data di emissione ed è fruibile in un'unica soluzione.
- È utilizzabile tutto l'anno, escluso agosto, e per Natale, Capodanno e Pasqua la disponibilità è limitata.
- Dove è obbligatoria la mezza pensione, se tale trattamento non è incluso nel presente certificato, è dovuta la differenza per il pasto, nei limiti previsti dal punto -D- del regolamento, che sarà pagata direttamente ai gestori degli hotels al termine del soggiorno.
- La prenotazione del soggiorno gratuito deve essere effettuata entro 30 giorni dalla data di emissione del certificato, tramite posta, inviando in busta chiusa e affrancata il presente modulo riempito in ogni sua parte a, **MEDIGROUP** Via del Lavatoio, 33 - 47900 Rimini, e deve pervenire almeno 30 giorni prima della data prescelta (è obbligatorio compilare tre date)
- * Al modulo di prenotazione deve essere allegata la ricevuta del vaglia o assegno circolare di € 19,00 per Week-end o di € 25,00 per la Settimana a persona, per le spese amministrative, a favore di **MEDIGROUP** Via del Lavatoio, 33 47900 Rimini.
- La **MEDIGROUP**, dopo i dovuti riscontri, provvederà alla prenotazione del soggiorno gratuito e ad inviare direttamente a casa i Documenti di soggiorno.
- La mancata partenza o tardivo arrivo, per cause non imputabili alla **MEDIGROUP**, non dà diritto al rimborso delle spese amministrative versate, ed all'annullamento del soggiorno.
- Per ogni controversia si elegge come unico foro competente quello dove la **MEDIGROUP** ha sede legale.

MODULO DI PRENOTAZIONE

RICHIEDENTE:

1) Cognome Nome Data di nascita
Via N° c.a.p. Città Prov.
c.f. Tel.abit. Cell. Tel.uff.

CONIUGE - FIGLI - AMICI

2) Cognome Nome Data di nascita
Via N° c.a.p. Città Prov.
c.f. Tel.abit. Cell. Tel.uff.

3) Cognome Nome Data di nascita
Via N° c.a.p. Città Prov.
c.f. Tel.abit. Cell. Tel.uff.

4) Cognome Nome Data di nascita
Via N° c.a.p. Città Prov.
c.f. Tel.abit. Cell. Tel.uff.

Destinazioni richieste in ordine di preferenza: 1 2

Date di arrivo richieste in ordine di preferenza e intervallate da un minimo di 45 gg. l'una dall'altra:

1 2 3

Data Luogo Firma cliente

N° Certificato Vidimazione Data di emissione

Visita il nostro sito: www.vacanzeitalianemed.com

Ha letto i "termini e le condizioni" sopraelencati? Adesso compili il modulo in ogni sua parte lo ritagli e lo spedisca al più presto in busta chiusa ed affrancata a: **MEDIGROUP** - Via del Lavatoio, 33 - Tel. 0541.781139 (p.b.x.) - 47900 Rimini. Autorizzo le Vacanze Italiane **MEDIGROUP** all'utilizzo dei miei dati secondo Legge 675/96 (privacy).

Firma cliente