

ANMELDEFORMULAR DIABETES-REISEN LANZAROTE

NAME1: VORNAME: HERR/FRAU*
NAME2: VORNAME: HERR/FRAU*

STRASSE/NR: PLZ: ORT:

TEL: FAX: E-MAIL:

NAME1: DIABETIKER/IN* BEGLEITER/IN* GEB.DATUM:
NAME2: DIABETIKER/IN* BEGLEITER/IN* GEB.DATUM:

DIABETIKERTYP (bitte ankreuzen)

- Diabetes mellitus Typ II diätetisch eingestellt
- Diabetes mellitus Typ II orale Therapie
- Diabetes mellitus Typ II insuliniiert CT
- Diabetes mellitus Typ II insuliniiert ICT
- Diabetes mellitus Typ I intensiviert
- Diabetes mellitus Typ I Pumpe
- Patienten mit inhalativem Insulin

REISE: LANZAROTE ALLEGRO OASIS DATUM HIN: RÜCK:
ABFLUGHAFEN: Zug zum Flug: 54,- € JA* NEIN*
ZIMMER: DOPPEL* zusammen mit:
EINZEL*

REISERÜCKTRITTSKOSTENVERSICHERUNG: JA* NEIN*
Service+ Versicherung: JA* NEIN*

*NICHTZUTREFFENDES BITTE STREICHEN

Die Zahlungs- und Stornobedingungen sind mir und meinen Mitreisenden bekannt.

Die Buchung ist verbindlich, sofern die bestätigten Reisepreise der Ausschreibung des Vermittlers Diabetes-Reisen entsprechen.

Bitte unterschrieben zurück an u.a. Faxnummer oder an u.a. Mailadresse.

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift