



UMOWA – ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

NIKO TURYSTYKA Sp. z o.o.

43-450 Ustroń, ul. 3 Maja 22 | NIP: 548-271-80-39

tel. +48 604 231 209, +48 505 915 300, +48 695 624 715, +48 517 928 107

www.niko-travel.pl | biuro@niko-travel.pl

konto: ING 93 1050 1070 1000 0090 8054 1791

Dane imprezy turystycznej:

Nazwa imprezy	
Początek – Koniec imprezy	
Zakwaterowanie	
Rodzaj transportu (autokar / dojazd własny)	
Miejsce i godzina odjazdu	

Uczestnicy:

Lp.	Imię i nazwisko	Tel. kontaktowy	Data ur.	Adres	Cena
1.					
2.					
3.					

Warunki płatności:

Należność:		
Wymagana zaliczka:	zł	Wpłata do:
Dopłata:	zł	Wpłata do:

Oświadczenia:

Podpisanie niniejszego zgłoszenia oznacza zawarcie umowy z biurem NIKO TURYSTYKA Sp. z o.o. Zgłaszający oświadcza, że zapoznał się z ofertą imprezy oraz akceptuje warunki uczestnictwa, stanowiące integralną część umowy. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji umowy. Organizator gwarantuje bezkosztową anulację wyjazdu w przypadku wystąpienia nadzwyczajnych okoliczności uniemożliwiających realizację imprezy (np. zamknięcie granic, hoteli). Obowiązkiem uczestnika jest spełnienie wymagań sanitarnych i formalnych kraju docelowego (np. paszport, szczepienia, rejestracje, testy).

Niżej podpisany/na oświadczam za siebie i odpowiednio za innych uczestników imprezy wymienionych w Umowie uczestnictwa/Umowie zgłoszenia udziału w imprezie turystycznej, że przed zawarciem Umowy Uczestnictwa/Umowy zgłoszenia udziału w imprezie turystycznej otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia wraz z dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym (IPID) oraz wnioskuję o objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU: Bezpieczne Podróże zatwierdzone uchwałą Nr 91/Z/2024 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z dnia 21.11.2024 r. stanowiące załącznik do niniejszej umowy.

• Niżej podpisany/na oświadczam za siebie i odpowiednio za innych uczestników imprezy wymienionych w Umowie Uczestnictwa/Umowie zgłoszenia udziału w imprezie turystycznej, że upoważniam SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. do pozyskania od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. W przypadku zgłoszenia roszczenia, deklaruje przedłożenie tego upoważnienia również w formie pisemnej.

.....
(data , podpis zgłaszającego,)

.....
(podpis pracownika biura)