

Anmeldeformular Herzgruppen Reisen auf Lanzarote

Anmeldefrist: jeweils 5 Wochen vor Abreise

Reisedaten:

09.11. – 16.11.2024 16.11. – 23.11.2024 (auch beide Wochen möglich)

Preise:

Für eine Woche:

Pro Person im DZ: ab 2'150 CHF, Zuschlag für EZ 300.00 CHF

Für zwei Wochen:

Pro Person im DZ: ab 3'510 CHF, Zuschlag für EZ 600.00 CHF



Erfahren Sie mehr über das
Hotel **H10 Timanfaya Palace**
in Playa Blanca

Der Preis beinhaltet:

- Übernachtung mit Halbpension
- Hin- und Rückflug mit EasyJet
- Flughafen Transfer zum Hotel und zurück
- Herzgruppen-Training

| | | | |
|------------------------------------|---|------------------|--|
| Name | | Strasse | |
| Vorname | | PLZ | |
| Geb.-Dat. | | Ort | |
| Telefon Nr. | | Mobil Nr. | |
| E-Mail | | | |
| EasyJet Plus Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn Ja, Mitgliedsnummer: | | |
| EasyJet Sitzplatzwunsch | (wird nach Möglichkeit berücksichtigt) | | |

→ Bitte legen Sie uns eine Kopie Ihrer ID und Krankenkassenkarte (beidseits, farbig) bei.

- Standard-Zimmer ohne Meerblick
- Standard-Zimmer mit Meerblick (plus 15 CHF pro Person und Tag)
- Superior-Zimmer mit Meerblick (plus 30 CHF pro Person und Tag)
- Upgrade Vollpension (plus 15 CHF pro Person und Tag)
- Ich bin Vegetarier
- Ich nehme am Herzgruppen- Training «Alles kann, Nichts muss» teil
- Ich bin Begleitperson und nehme nicht am Bewegungsprogramm teil

Bitte Rückseite beachten →

Reiseversicherung:

Wir bieten keine Annullationsversicherung an. Falls Sie keine eigene Annullationsversicherung besitzen, können Sie einfach über den Link eine Versicherung abschliessen: <https://www.erv.ch/ch/site/de/home.html>

Für den Notfall...

... benötigen wir die Angaben einer Kontaktperson Ihres Umfeldes.

Name: _____ Telefonnummer: _____

Zusätzliche Angaben

Ich bin in kardiologischer oder hausärztlicher Betreuung bei Dr. _____

Ich bin nicht in kardiologischer oder hausärztlicher Betreuung.

→ Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns, bei Ihrem behandelnden Arzt aktuelle Berichte anzufordern, um in Notfällen ideal vorbereitet zu sein.

Hiermit anerkenne ich ausdrücklich die AGB's der Kardio Reha futuro AG

Datum: _____ Unterschrift: _____