

MECSEK TOURS GmbH. R- 0941
Der Vertreter der Reisen und Marketing von harkanyer kurturistische Konsortium
H-7815 Harkány, Bajcsy-Zs. Str 2. Telephone/Fax : + 36 72 / 580 037, 580 038
E-mail: harkany@mecsektours.hu

BESTELLUNG

Büro des Bestellers/ Istitutiouon: _____

Anspruchnehmers des Heilbehandlungs: _____

Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____

Ankunft mit Begleiter ? : Ja Nein

Name des Krankepartners: _____ Name des Familienmitglieds: _____

Zeitpunkt (von Montag bis Montag, insgesamt 21 Ü.N): _____

Erste Woche des Behandelten (7 Ü.N+VP+ Behandlungen) : _____ von _____ bis.

Kurkrankenhaus Harkány:

Einzelzimmer (mit Preiszuschlag!)

Doppelzimmer (zwei Personen , ein Zimmer !)

Zweite, dritte Woche des Behandelten (insgesamt 14 Ü.N + Behandlungen): _____ von _____ bis

Thermal Hotel Harkány**** Hotel Drava Thermal Resort****

Unterbringungsform des Anspuchnehmers :

Einzelzimmer (mit Preiszuschlag!) ___ Stück ___ Pers.

Doppelzimmer. ___ Stück ___ Pers.

Erste Woche für Familienmitglieder (So lange der Patient sich im Kurkrankenhaus aufenthalt):

Eizelzimmer (mit Preiszuschlag!)___ Stück ___ Pers

Doppelzimmer: ___ Stück ___ Pers.

Die folgende Angabe von Zeit ,Preis ist auch nach der Bestätigung möglich:

Forderung von Transfer: Ja Nein

Welche Verkehrswese beanspruchen Sie ? Flugzeug andere Verkehrswese: _____

Ort des Ankunftes : Stadt _____, Terminál: _____ Flugzeug Nr: _____

Datum des Ankunftes: _____ Jahr _____ Monat _____ Tag _____ Stunde _____ Minute

Ort der Abreise : Stadt : _____ Adresse: _____

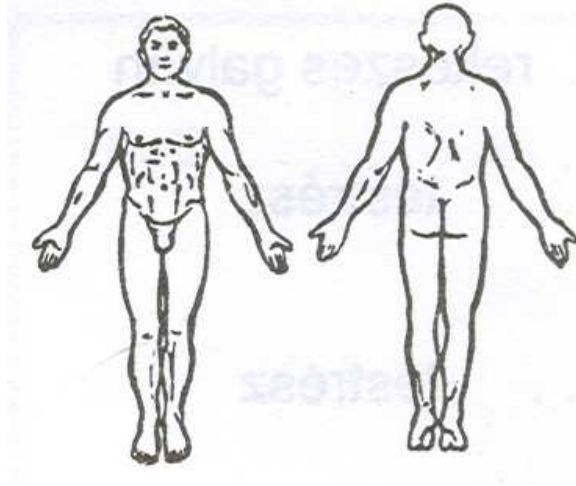
Datum der Abreise : _____ Jahr _____ Monat _____ Tag _____ Stunde _____ Minute

Flugzeug Nr:..... Terminál:.....

Bitte beantworten Sie die folgende Fragen um die entsprechende Kur auswählen zu können:

Abmessung des Gesundheitszustandes:

1. Bitte zeichnen Sie an auf die beifolgende Abbildung die Psoriasisstelle des Körpers!



2. Schreiben Sie bitte auf , alle Medikamenten, die Sie ständig nehmen _____
- _____

3. Bitte teilen Sie alle bisherige Krankheiten mit, besonders (Tumor. Trombosis. Kreislaufproblemen.....):

Ich Beglaubige mit meiner Unterschrift, dass die mitgeteilte Informationen der Wirklichkeit entsprechen das ich die Bedingungen bekannt genommen habe und annehme..

Unterschrift des Bestellers/Heilpatienten : _____

Bestätigung:

Anmeldung zur Heilkur :

Name: _____

Datum: _____ von _____ bis Kurkrankenhaus : _____ von _____ bis

Art der Kur: _____ Preis: _____

Der Begleiter/ die Begleiter

Datum : _____ von _____ bis, Zimmerteilung : __ Stück von Doppelzimmer ____ Person
_____ Einzelzimmer ____ Person

Name des Hotels: _____

Beteiligungsgebühr : _____

Beteiligungsgebühr zusammen: _____

Mit unser Unterschrift sichern wir, den Schutz der persönliche Rechte ,dass wir die Daten des Bestellers für eine dritte Person nicht erreichbar machen.

Datum des Bestätigungs: _____

Unterschrift vom Hotel

Unterschrift vom Kurkrankenhaus