

MECSEK TOURS KFT. R- 0941
A Harkányi Gyógyturisztikai Konzorcium Utaztatási és Marketing Képviselőte
H-7815 Harkány, Bajcsy-Zs. út 2. Telefon/Fax : + 36 72 / 580 037, 580 038
E-mail: harkany@mecsektours.hu

MEGRENDELŐ

Megrendelő iroda/intézmény neve: _____

Gyógykezelést igénylő neve: _____

Születési dátum: _____ Lakcím: _____

Kísérővel érkezik ? : igen nem

Betegtárs neve: _____ Családtag / családtagok neve: _____

Időpont (hétfőtől- hétfőig, összesen 21 éjszaka): _____

Első hét gyógykezelt részére (7 éjszaka+TP+ kezelések) : _____ tól _____ ig

Gyógyfürdőkórház Kht Harkány

Egyágyas szoba (felár fizetendő!)

Kétágyas szoba (két személy egy szobában)

Második, harmadik hét gyógykezelt részére(összesen 14 éjszaka+kezelések): _____ tól _____ ig

Thermal Hotel Harkány**** Hotel Dráva Thermal Resort****

Igényelt elhelyezés formája:

Egyágyas szoba (felár fizetendő!) ___ db ___ fő Kétágyas szoba ___ db ___ fő

Első hét a családtagok részére (amíg a gyógykezelt a Gyógykórházban tartózkodik):

Egyágyas szoba (felár fizetendő!) ___ db ___ fő Kétágyas szoba ___ db ___ fő

Az alábbi adatok az időpont és ár visszaigazolása után is megadhatók:

Kér transzfert?: igen nem

Milyen közlekedési eszközzel érkeznek? : repülő / egyéb közlekedési eszköz _____

Érkezés helye: város _____, terminál: _____ járatszám: _____

Érkezés ideje: _____ év _____ hónap _____ nap _____ óra _____ perc

Visszautazás indulási helye: város _____ cím _____

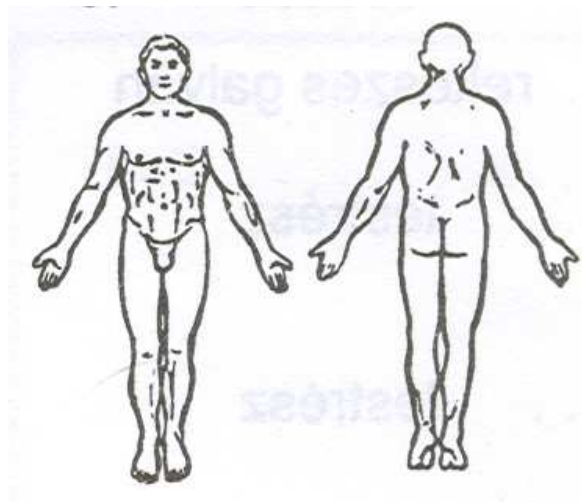
Indulás ideje: _____ év _____ hónap _____ nap _____ óra _____ perc

Járatszám:..... Terminál:.....

A megfelelő kúra kiválasztásához kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre:

Egészségügyi állapot felmérés:

1. Kérjük jelölje be pikkelysömörös tüneteit a mellékelt ábrán!



2. Sorolja fel állandóan szedett gyógyszereit! _____

3. Kérjük sorolja fel eddigi betegségeit, különös tekintettel tumor, trombózis, keringési problémák:

Aláírással igazolom, hogy a közölt adatok megfelelnek a valóságnak, valamint az igénybevétel feltételeit megismertem és elfogadom.

Megrendelő / gyógykezelésre jelentkező aláírása : _____

Visszaigazolás:

Gyógykezelésre jelentkező

Neve: _____

Időpont: ____tól ____ig Gyógyfürdőkórház , ____tól ____ig _____

Kúra típusa: _____ Ára: _____

Kísérő / kísérők

Időpont: _____tól _____ig, Szobabontás : __ db kétágyas ____fő, _____ egyágyas ____ fő

Hotel neve: _____

Részvételi díj: _____

Részvételi díj mindösszesen: _____

Aláírással biztosítjuk, hogy a személyiségi jogok védelme érdekében a Megrendelő adatait harmadik személy részére nem tesszük elérhetővé.

Viszaigazolás dátuma: _____

Szálloda aláírása

Gyógyfürdőkórház aláírása