

# BUCHUNGSANFRAGE

BADER Kulturreisen GmbH • Olgastraße 53 • 70182 Stuttgart  
Telefon: 0711-6334330 • E-Mail: info@bader-kulturreisen.de



# B A D E R

Kulturreisen GmbH

<input type="checkbox"/> * Reise	<input type="checkbox"/> * Reisedatum			
<input type="checkbox"/> * evtl. Bahn- bzw. Fluganreise ab	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppel zur Einzelnutzung <input type="checkbox"/> Doppelzimmer			
<input type="checkbox"/> * Anzahl der Reisenden	<input type="checkbox"/> * Grundpreis	EUR	<input type="checkbox"/> * eventueller Einzelzimmerzuschlag	EUR

## ICH MELDE FOLGENDE PERSON(EN) AN:

<input type="checkbox"/> * Frau/Herr/Dr./Prof.	<input type="checkbox"/> * Vorname (laut Ausweis/Reisepass)	<input type="checkbox"/> * Nachname (laut Ausweis/Reisepass)	
<input type="checkbox"/> * Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> * Telefon	Handynummer	E-Mail
<input type="checkbox"/> * Postleitzahl/Staat	<input type="checkbox"/> * Wohnort	<input type="checkbox"/> * Straße/Hausnummer	eventuelle Adresszusätze z.B. c/o
<input type="checkbox"/> Ich verreise allein	<input type="checkbox"/> Ich verreise mit		
<input type="checkbox"/> * Frau/Herr/Dr./Prof.	<input type="checkbox"/> * Vorname (laut Ausweis/Reisepass)	<input type="checkbox"/> * Nachname (laut Ausweis/Reisepass)	
<input type="checkbox"/> * Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> * Telefon	Handynummer	E-Mail
<input type="checkbox"/> Meine Reisebegleitung hat die gleiche Adresse wie ich	<input type="checkbox"/> Meine Reisebegleitung hat folgende Adresse		
<input type="checkbox"/> * Postleitzahl/Staat	<input type="checkbox"/> * Wohnort	<input type="checkbox"/> * Straße/Hausnummer	eventuelle Adresszusätze z.B. c/o

\* **REISERÜCKTRITTS-VERSICHERUNG** bitte kreuzen Sie eine der folgenden Möglichkeiten an:

**NEIN**, ich möchte keine Reiserücktritts-Versicherung!

**JA**, bitte schließen Sie eine Reiseversicherung für mich ab - bitte unten konkret benennen  
Welche Reiseversicherung sollen wir für Sie buchen? (Die Mehrkosten sind u.a. vom Gesamtreisepreis abhängig - Selbstbehalt nur bei ambulant behandelten Krankheiten)

**Reiserücktritts-Versicherung**

**Versicherungspaket** inkl. Reiserücktritts-, Reiseabbruchs-, ggf. Reisekranken-, Notfall-, Unfall- und Gepäckversicherung

\* Ich habe die **ALLGEMEINEN REISEBEDINGUNGEN** gelesen und stimme ihnen zu:  ja  nein

\* Ich habe die **HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ** zur Kenntnis genommen und bin mit der Speicherung meiner Daten zu internen Verwaltungszwecken einverstanden:  ja  nein

\* Ich habe das **FORMBLATT ZUR UNTERRICHTUNG DES REISENDEN BEI EINER PAUSCHALREISE** nach § 651a des Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Kenntnis genommen:  ja  nein

Bitte vermerken Sie hier eventuell fakultativ buchbare Zusatzleistungen und Ihre Sonderwünsche (z.B. Flug: Gang/Mitte/Fenster)

<input type="checkbox"/> * Datum	<input type="checkbox"/> * Ort	<input type="checkbox"/> * Unterschrift
----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------

Alle mit \* gekennzeichneten Felder sind bitte auszufüllen! Und nun ab in die Post oder als Fax an 0711 - 63343310