

Du ____ / ____ / 2024 au ____ / ____ / 2024

option n°

Bulletin à retourner à **VACANCES PASSION – Service Individuels – 21 rue Saint Fargeau CS 72021 – 75989 Paris Cedex 20**
vpt-individuels@laligue.org

PARTICIPANTS

	NOM	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	N° IDENTIFIANT ANCV	ELIGIBLE A L'AIDE	
					OUI	NON
1						
2						

Adresse complète :

Téléphone : Mail :

Renseignements concernant mon accompagnant (.e) (participant 2)

Conjoint (.e)

Ami (.e)

Aidant familial

Aidant professionnel

Décompte / personne	Prix Unitaire/pers. (A)	Nbre de personne (B)	Montant Total (AxB)
Forfait sans aide ANCV	385,00 €		
Forfait avec aide ANCV	217,00 €		
Supplément chambre individuelle (A régler obligatoirement pour les personnes seules)	73,00 €		
Animaux non acceptés			
Taxe de séjour (obligatoire à régler à la réservation) (par personne pour le séjour)	3,20 €		
Garantie annulation optionnelle / personne <u>A payer en intégralité à la réservation</u>	14,00 €		
TOTAL			

Merci de joindre au bulletin un acompte de 30% du montant total du séjour + 100% du montant de la garantie annulation par CB ou chèque

PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE :

Merci d'indiquer obligatoirement une adresse email valide. Un email de validation de paiement valable 24h vous sera envoyé.

Je demande le paiement de la totalité du séjour du séjour

Je paie un acompte de 30% au moment de la réservation et je m'engage à régler la somme correspondant au solde du séjour 30 jours avant la date de début de séjour.

OU PAIEMENT PAR CHEQUE BANCAIRE (les chèques vacances sont acceptés)

Cocher la case de votre choix :

Je joins un chèque correspondant à la totalité du séjour

Je joins 1 chèque d'acompte de 30% et un chèque dont le total correspond au solde du séjour, le 1^{er} encaissé dès réception du bulletin, et le second 30 jours avant la date de début de séjour.

TOUS LES CHEQUES DEVRONT ÊTRE LIBELLES A L'ORDRE DE : VACANCES PASSION

SANTE : Afin d'organiser au mieux votre séjour, merci de nous signaler toutes difficultés :

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence : NOM : TEL. :

