

**ABSENDER/IN**

= Rechnungsanschrift



Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Reise- und Zahlungsbedingungen des Veranstalters Terramundi GmbH – auch einsehbar unter [www.terramundi.de](http://www.terramundi.de), auf Wunsch gern Zusendung per Post – auch im Namen der/des Mitreisenden, an. Bitte beachten Sie auch die Angaben auf der Rückseite.

Ort, Datum

X

Unterschrift des/der Anmeldenden

Bitte  
freimachen, falls  
Marke  
zur Hand.  
Danke.

Deutsche Post 

ANTWORT

**Frauen Union der CDU**  
**Landesverband Nordrhein-Westfalen**  
Wasserstraße 5  
40213 Düsseldorf

## VERBINDLICHE REISEANMELDUNG

Reiseziel: **SARDINIEN**

Reisetermin: **10.10. bis 17.10.2017**

Reisepreise: EUR **1.095,-** p. P. im Doppelzimmer\*

Einzelzimmer-Zuschlag/Woche: EUR **245,-**

Aufpreis für Zimmer mit garantiertem

Meerblick p. P./Woche: EUR **120,-**

Verlängerungswoche p. P. im DZ\*: EUR **415,-**

**Zuschlag** für Flüge ab/bis:

Düsseldorf p. P.: EUR **50,-**

(\* = bei Zweierbelegung, inklusive Halbpension)

Wir empfehlen den Abschluss einer Reiserücktrittskosten-Versicherung mit Selbstbehalt zum Preis von EUR **46,-** p. P. für die erste Woche bzw. EUR **68,-** p. P. inklusive Verlängerungswoche. (Die Versicherung kann nach Abschluss nicht mehr storniert werden.)

Gewünschter Abflughafen

(nach Verfügbarkeit, bitte beachten Sie eventuelle Zuschläge):



## Sonderreise für Mitglieder und Freunde der Frauen Union der CDU Landesverband Nordrhein-Westfalen

Bitte die Namen aller Reisetilnehmer/innen in Blockschrift eintragen, gewünschte Unterbringung (DZ = Doppelzimmer bei Zweierbelegung, EZ = Einzelzimmer) und – falls gewünscht – garantierter Meerblick (=MB), Verlängerungswoche (=VL) und Reiserücktrittskosten-Versicherung (=RV) ankreuzen. Dann einfach direkt an umseitige Anschrift senden.

Nach Eingang Ihrer Buchung erhalten Sie eine Reisebestätigung vom Veranstalter Terramundi.

### REISETEILNEHMER/IN

Reisenummer 2017 SAR 001

Tln.	Name, Vorname* (*wie im Personalausweis angegeben)	Geburtsdatum	Unterbringung		zusätzliche Leistungen		
			1/2 DZ	EZ	MB	VL	RV
1.							
2.							
3.							
4.							