

AUFTRAGSFORMULAR FÜR INDIVIDUELLE REISE

Für eine gezielte Recherche und erfolgreiche Ferien-Buchung benötigen wir von Ihnen die nachfolgenden Informationen. Das korrekte und vollständige Ausfüllen des Auftragsformulars wird für eine individuelle Buchung vorausgesetzt. Für Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt Procap Reisen keine Verantwortung.

Reiseziel

Reisedatum vom **bis**

Personalien & Adresse (ständiger Wohnsitz)

Frau Herr

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Telefon P

Handy

E-mail

Nationalität.....

Procap Mitglied ja, Sektion nein

Mitreisende Personen:

Name	Vorname	Geburtsdatum
.....
.....
.....

Ausweise Begleiterkarte kein Ausweis Begleiterkarte kein Ausweis
 1/2-Abo GA 1/2-Abo GA

Unterkunft

Ich wünsche

<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Studio	<input type="checkbox"/> 1 Person
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> 2 Personen
<input type="checkbox"/> 1/2 Doppelzimmer	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Bungalow	<input type="checkbox"/> 3 Personen
<input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	Anzahl:		<input type="checkbox"/> 4 Personen

Sonstige Bezeichnung:

Kategorie Bergsicht Meersicht Superior RS-Zimmer
 andere

Touristenklasse (1-2 Sterne) Mittelklasse (3-4-Sterne) Erstklasshotel (5 Sterne)

Mahlzeiten Frühstück Halbpension Vollpension ohne Mahlzeiten
 Vegetarier Anzahl:.....

Behinderungsform

Name, Vorname

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geistig- / Lernbehindert | <input type="checkbox"/> Körperbehindert | <input type="checkbox"/> Psychischbehindert |
| <input type="checkbox"/> Sprechbehindert | <input type="checkbox"/> Hörbehindert | <input type="checkbox"/> Krankheitsbehindert |
| <input type="checkbox"/> Sehbehindert | <input type="checkbox"/> Suchtbehindert | <input type="checkbox"/> Weitere Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Ohne Behinderung | | |

Genauere Bezeichnung der individuellen Behinderungsformen:

.....

Krankheiten / Auffälligkeiten

Genauere Bezeichnung der Krankheiten / Auffälligkeiten (z.B. Epilepsie, Zuckerkrankheit, Herzkrankheit, Allergien, Asthma etc.):

.....

Rollstuhl

Name, Vorname

Auf Rollstuhl angewiesen immer teilweise

Handrollstuhl	zusammenklappbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> mit Zusatzgerät		Masse
			Gewicht
			cm
			kg

Elektrorollstuhl	<input type="checkbox"/> Trockenbatterie	<input type="checkbox"/> Nassbatterie	<input type="checkbox"/> Gel-Batterie
------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------

Masse Rollstuhl	Gewicht	kg	Höhe	cm
	Breite	cm	Länge	cm
	ausgeklappt	cm		

Sonstiges / Bemerkungen

(z.B. zusätzliche Hilfsmittel,
wie Rollator, Lifter, etc)

.....

Ihr Körpergewicht (RollstuhlfahrerIn):.....

Mobilität

Sie können	gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	auf normalen Carsitz umsitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	stehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	in ein Auto/Taxi umsitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Treppen steigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	nur im Rollstuhl transportiert werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Auf Flügen:	Selbständig auf Ihren Platz/den Gang entlang gehen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Selber den Transfer Rollstuhl - Sitz bzw. Toilette ausführen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sie benötigen	rollstuhlgerechtes Badezimmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	WC mit Haltegriffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	befahrbare Dusche (ohne Rand)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Duschkabine im Bad mit	cm Absatz möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Installierten Duschklapsitz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Duschrollstuhl oder Duschstuhl		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Badewanne mit Sitzbrett		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Versicherung

Bitte überprüfen Sie Ihre persönliche Kranken- und Unfallversicherung vor Antritt des Ferienaufenthaltes. Durch die Gesetzesänderung sind nicht mehr alle Kosten im Ausland gedeckt.

Der Abschluss einer Annullations- und Rückreisekostenversicherung ist obligatorisch. Falls Sie nicht bereits über einen solchen Versicherungsschutz verfügen (Jahresversicherung), beraten wir Sie gerne.

Ich brauche eine Annullations- und Rückreisekostenversicherung ja nein
Gepäckversicherung bis CHF 2000.- ja nein
(inkl. Ersatzreise bis max. CHF 10 000.-)

Ich verzichte auf den im Arrangement angebotenen Versicherungsschutz, da ich privat bereits versichert bin.

Ich beauftrage Procap Reisen, Frobургstrasse 4, 4601 Olten, mir eine **Offerte** zukommen zu lassen.

Ich beauftrage Procap Reisen, Froburgstrasse 4, 4601 Olten, diese Reise gemäss Offerte **definitiv zu buchen**.

Wir möchten Sie auf unsere **Allgemeinen Vertrags- und Reisebedingungen** und vor allem auf Punkt 4.4 hinweisen, welcher u.a. besagt, dass bei aufwändigen Beratungen eine zusätzliche Bearbeitungsgebühr entsprechend dem Aufwand in Rechnung gestellt wird.

Ich anerkenne die Allgemeinen Vertrags- und Reisebedingungen von Procap Reisen gemäss Ausschreibung (Katalog Procap Reisen 2009) oder diejenigen des entsprechenden Reiseveranstalters.

Unterschrift:

Datum:

Reisedokumente gehen an:

Die Anmeldung senden Sie bitte an:

**Procap Reisen
Froburgstrasse 4
4601 Olten
Fax#: 062 206 88 39
reisen@procap.ch**

Wir wünschen Ihnen tolle Ferienerlebnisse!