

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

À renvoyer (par courrier postal ou électronique) au secrétaire général Alain De Cock  
Avenue Maréchal Joffre 49 à 1190 Bruxelles Tél: 02.344.11.71 - E-mail : club.medical.bxl@skynet.be

# HAUTS-LIEUX DE LA GRÈCE ANTIQUE

VOYAGE CULTUREL AVEC GUIDE ACCOMPAGNATEUR

du jeudi 1 au vendredi 9 septembre 2022

Je soussigné,(npm et prénom) , .....

Membre médecin / ami du Club Médical de Bruxelles déclare inscrire au voyage du Club Médical de Bruxelles organisé en Grèce du 1 au 9 septembre 2022 la/les personne(s) suivante(s) qui renonce(nt) à tout recours contre les organisateurs du Club Médical de Bruxelles qu'elle(s) dégage(nt) de toute responsabilité et qui déclare(nt) prendre les assurances nécessaires pour assurer leur rapatriement en cas d'accident ou de maladie durant la période de ce voyage.

<u>CARTE D'IDENTITÉ VALIDE</u>	<b>PARTICIPANT 1</b> Responsable de réservation	<b>PARTICIPANT 2</b>
NOM (en majuscules)		
PRÉNOM (en majuscules)		
RUE + NUMÉRO		
CODE POSTAL+ LOCALITÉ		
N° DE CARTE D'IDENTITÉ ET DATE D'EXPIRATION		
DATE DE NAISSANCE ET NATIONALITÉ		
TÉLÉPHONE		
GSM		
E-MAIL		
DÉSIDÉRATAS PARTICULIERS <u>RÉGIME / ALLERGIE</u>		
PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE NOM & PRÉNOM, TÉLÉPHONE,		

HÉBERGEMENT (cocher la mention utile)

CHAMBRE DOUBLE LIT DOUBLE

CHAMBRE SINGLE

CHAMBRE DOUBLE LITS SÉPARÉS

CHAMBRE DOUBLE EN PARTAGE AVEC : .....

Si vous vous inscrivez en chambre à partager et que nous ne disposons pas de candidat(e) pour partager votre chambre, les frais de supplément pour occupation single vous incomberont.

### ASSURANCE

**ALL IN** : (98,35 € p.p. chambre double ou 118,65 € p.p. chambre single [pour le prix du voyage à 25 participants].

L'assurance **All In** couvre : l'annulation, l'interruption de voyage, les **bagages et** l'assistance (maladies, accidents, les frais médicaux, le rapatriement (détails sur demande)

Je confirme cette inscription par le versement, à titre de **D'ACOMPTE**, de la somme de.....x **500 EUR**

par virement au compte IBAN **BE57 0003 2509 9035** BIC **BPOTBEB1** de **CLUB MÉDICAL DE BRUXELLES** à 1190 Bruxelles avec en communication : *Voyage Grèce 2022*

Je m'engage à payer **L'ACOMPTE** + la souscription éventuelle à l'**ASSURANCE AVANT LE 1 MAI 2022**

**LE SOLDE** (adapté au nombre de participants) **AVANT LE 1 AOÛT 2022.**

Date : ...../...../.....

Signature :