**Prijavnica za potovanje: COSMOPROF BOLOGNA**

**za dijake SŠOM**

**Prijavnico pošljete na E-Mail:** **info@mbm-group.si** **do 30.09.2024**

**DATUM: 23.03.2025**

# **NOSILEC PRIJAVE**

Ime in priimek (STARŠ oz. ZAKONITI ZASTOPNIK): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov (ulica, hišna številka, kraj): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elektronski naslov (čitljivo) – pogodbo o potovanju in račun za plačilo boste dobili na svoj elektronski naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIJAVLJAM OTROKA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek | Datum rojstva |
|  |  |
|  |  |

 **V KOLIKOR ŽELITE ZAVAROVANJE RIZIKA ODPOVEDI v znesku 10,86 EUR, prosim označite:**

□ da □ ne

V osnovno kritje zavarovanja rizika odpovedi potovanj je vključeno:

* nezgodo, smrt ali nepričakovano poslabšanje zdravstvenega stanja,
* nosečnost
* nezgoda, smrt ali nepričakovano poslabšanje zdravstvenega stanja ožjih družinskih članov, ki ne potujejo

Za uveljavljanje povračila stroškov je potrebno zdravniško potrdilo osebnega zdravnika/pediatra s šifro diagnoze.

**POSEBNOSTI PRI OTROKU, NA KATERE BI RADI OPOZORILI:**

* alergije oz. prehranske intolerance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izjavljam, da dovoljujem uporabo mojih in na prijavnici navedenih osebnih podatkov drugih prijavljenih izključno za potrebe turistične agencije MBM-GROUP d.o.o.

Kraj in datum: Podpis nosilca prijave: