



01 40 51 95 00

01 40 51 95 15

01 56 81 38 38

01 56 81 38 30

01 56 81 38 29

01 70 36 35 40

01 53 63 13 40

01 53 63 13 43

01 70 36 35 44

CONTRAT DE VENTE www.lesmaisonsduvoyage.com

GMDCO 76, RUE BONAPARTE 75006 PARIS

MR MME Mlle	N O M E N C A P I T A L E S (FIGURANT SUR VOTRE PASSEPORT)	P R E M I E R P R É N O M	N A T.	N ° D E P A S S E P O R T	P R O F E S S I O N	D A T E D E N A I S S .
1						
2						
3						
4						
5						
6						

ADRESSE POSTALE

CODE POSTAL VILLE TÉL DOM T É L P O R T A B L E

E - M A I L FAX
 OUI, JE SOUHAITE RECEVOIR VOTRE NEWSLETTER

D É P A R T D E LYON DESTINATION Téhéran

 VOYAGE DU CATALOGUE R É F :
 VOYAGE EN GROUPE CONSTITUÉ SUR MESURE, R É F : groupe UTB CHALON
 VOYAGE À LA CARTE SELON DEVIS DU :
 VOLS (+HÔTELS) :

D A T E A L L E R 01/10/18 D A T E R E T O U R (E N F R A N C E) : 14/10/18

M O D A L I T É S F I N A N C I È R E S D ' I N S C R I P T I O N

P R E S T A T I O N P A R P E R S O N N E	1 ^{er} P A R T I C I P A N T	2 ^e P A R T I C I P A N T	3 ^e P A R T I C I P A N T	4 ^e P A R T I C I P A N T	5 ^e P A R T I C I P A N T	6 ^e P A R T I C I P A N T	T O T A L
CIRCUIT OU VOL OU FORFAIT	3390 € (base 10-13participants)						
TAXES AEROPORT	incluses						
SUPP. CHAMBRE INDIVIDUELLE	570 €						
PRÉ/POST ACHEMINEMENT							
RETOUR DIFFERÉ							
SUPP. EXTENSION							
DIVERS							
VISA	inclus						
ASSURANCE MALADIE - ACCIDENT - RAPATRIEMENT BAGAGES : _____ 1% DU MONTANT DU VOYAGE	inclus						
ASSURANCE - ANNULATION _____ 3,5 % DU MONTANT DU VOYAGE	119 € (facultatif)						
ASSURANCE ANNULATION COMPLÉMENTAIRE CB PREMIUM _____ 2,5% DU MONTANT DU VOYAGE	85 € (facultatif)						
TOTAL PAR PARTICIPANT							€
ACOMPTE, MONTANT PAR PERSONNE -VOL SEUL : _____ 100% - TOUT AUTRE VOYAGE : 30 % (1) (1) SE REPORTER AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES EN PAGE 3	1000 €						€

MODE DE RÈGLEMENT : CHÈQUE ESPÈCES CARTE BANCAIRE

J'AUTORISE LA MAISON DE LA CHINE ET DE L'EXTRÊME ORIENT À DÉBITER MA CARTE BANCAIRE (VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS).

① NOM ET PRÉNOM DU PORTEUR _____

N ° _____

EXPIRE LE _____ CRYPTOGRAMME _____

MONTANT ACOMPTE € _____

MONTANT SOLDE (DÉBITÉ À 45 JOURS DU DÉPART) € _____

② NOM ET PRÉNOM DU PORTEUR _____

N ° _____

EXPIRE LE _____ CRYPTOGRAMME _____

MONTANT ACOMPTE € _____

MONTANT SOLDE (DÉBITÉ À 45 JOURS DU DÉPART) € _____

Je soussigné (nom, prénom) _____ DATE : _____ SIGNATURE (S) * : _____

agissant tant pour moi-même que pour le compte des autres personnes inscrites, certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de voyages figurant sur les pages suivantes, avoir reçu des renseignements sur la situation politique et sanitaire de la destination choisie et avoir été informé de la possibilité de consulter ces dernières dans la rubrique conseils-aux-voyageurs du site www.diplomatie.gouv.fr/fr/ (et plus spécifiquement concernant les sous rubriques « risque pays » et « santé ») et avoir reçu la brochure et/ou devis, proposition, programme de l'organisateur mentionné ci-dessus ainsi que les conditions de garantie des assurances souscrites.

*si paiement par CB signature du (des) porteur(s)

