



VIAGGIO IN SARDEGNA

MODULO DI ISCRIZIONE

NOME

COGNOME **(COME DA DOCUMENTO ID O PASSAPORTO)**

--	--

INDIRIZZO

CITTA'

TELEFONO

--	--	--

MAIL

--	--

TIPOLOGIA CAMERA

N° OSPITI CAMERA

--	--

NOME/I E COGNOME/I ALTRI OSPITI

--

INTOLLERANZE ALIMENTARI O ALTRE COMUNICAZIONI IMPORTANTI

--

INVIARE COPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' O PASSAPORTO

ACCONTO DI EURO 590 CON COPIA DEL BONIFICO

(inviare via email al momento della prenotazione)

SALDO FINALE ENTRO IL 26 APRILE 2025

e-mail missione@zgkath.ch

T: +41 41 767 71 40