



UTAZZON VELÜNK BIZTONSÁGBAN!

N Y I L A T K O Z A T

Megrendelő neve:

Program:

Időpont:

Foglalásszám:

Alulírott kijelentem, hogy én és utastársaim a 2021. évre érvényes külföldi baleset-, betegség és poggyászbiztosítással rendelkezem saját döntésem értelmében.

A Gál-Busz Utazási Iroda Kft. által ajánlott utas baleset-, betegség- és poggyászbiztosításra és szolgáltatásaira nem tartok igényt, így biztosítási káresemény bekövetkezése esetén a Gál-Busz Utazási Iroda Kft.-t felelősség nem terheli.

Dátum: \_\_\_\_\_, 2021. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
megrendelő vagy utas