

Reiseformular

Füllen Sie bitte für alle Mitreisenden **Anlage 1** aus. Falls eine Beeinträchtigung und oder Pflegegrad bei Ihnen oder Mitreisenden besteht, füllen Sie bitte zusätzlich jeweils **Anlage 2** aus

Anrede

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

Beeinträchtigung vorhanden*

 Ja Nein

Budget (in €)

Zielgebiet

Anreisetag

Abreisetag

Gesamtdauer (in Tagen)

Unterkunft

Sonstige Unterkunft

Sterne (min.)*

 1 2 3 4 5 Nicht erforderlich

*Bitte entsprechendes ankreuzen/markieren

Lisa Karsten
lisa.karsten@barrierefrei-reisen.eu
0175 6468537

Christian Schade
cs.pflege@yahoo.com
01573 0028862

Cs-pflege.care
Süderstraße 3
25767 Albersdorf

Hamburger Volksbank
DE04 2019 0003 0012 1902 09
Finanzamt Dithmarschen
46/209/019868

Sonstiges

Haben Sie eine Reiserücktrittsversicherung?*

Ja

Nein

Beratung erwünscht

Haben Sie oder Mitreisende eine Auslandsrankenversicherung?*

Ja für folgende Personen

Nein, keine Beratung erwünscht

Nein, Beratung erwünscht

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vorauszahlung der Bearbeitungsgebühr von 49,99€ an cs-pflege.care. Bitte überweisen Sie den Betrag innerhalb von 7 Tagen, damit wir Ihre Anfrage bearbeiten können.

Als *Verwendungszweck* bitte folgendes angeben:

barrierefreieisen.eu, Vor-/Nachname, Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

*Bitte entsprechendes ankreuzen/markieren

Lisa Karsten
lisa.karsten@barrierefrei-reisen.eu
0175 6468537

Christian Schade
cs.pflege@yahoo.com
01573 0028862

Cs-pflege.care
Süderstraße 3
25767 Albersdorf

Hamburger Volksbank
DE04 2019 0003 0012 1902 09
Finanzamt Dithmarschen
46/209/019868