# BON DE RESERVATION

***A nous retourner avec un chèque d'acompte***

La Rafale, Route d'Italie, 05 100 MONTGENEVRE
Tél. Philippe + 33 (0) 612 43 91 49 ou Muriel + 33 (0) 680 85 39 43 Fax. +33 (0) 492 21 91 62 Email.contact@chaletlarafale.com

Les chèques de règlement sont à libeller à l'ordre de : VIRAGE A 180
virement bancaire: IBAN : FR76 3000 4006 1500 0101 3518 512 SWIFT : BNPAFRPPGAP

**NOM** _____ **Prénom** _____

**Adresse** _____ **Téléphone : domicile**

_____ **bureau**

**Code Postal** _____ **Ville** _____ **portable**

**Email.** _____ **Pays** _____ **Fax**

Profession du demandeur : _____

**DATES DE SEJOUR SOUHAITEES :**

Du : _____ au : _____ ou du : _____ au : _____

PERSONNES PARTICIPANT AU SEJOUR (Y compris le demandeur s'il participe)

| NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | PRIX DU SEJOUR (1) | SUPPLEMENT FORFAIT ou / et ASSURANCE. | PRIX PACK SKI (2) | PRIX MIDDLE WEEK (3) | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| A | TOTAL | |
| B | ACOMPTE DE 30% | |
| C | FRAIS DE DOSSIER | 20 € |
| D | TAXE DE SEJOUR (0.5 € X Nombre de personnes X Nombre de nuits) | |
| E | TOTAL A JOINDRE au bon de réservation (B+C+D) | |
| | RESTE A PAYER (A-B) * | |
| | AU PLUS TARD LE (30 jours avant la date de départ): | |

* Si votre réservation est effectuée moins de 30 jours avant le départ, vous devez régler la totalité des frais de séjour à l'inscription.

Cette commande vaut acceptation des conditions générales de vente. Fait à : Le :

Signature :