



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## SÉJOURS MUTUALISÉS **ITALIE**

**CONTACT ACP:** .....



Observations (cadre réservé aux agents du CSE)

### Ouvrant droit

Matricule : .....  Actif/Active  Retraité(e)

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Antenne de : ..... Lieu de travail : .....

### Destination et date de réservation souhaitée (voir périodes et formules)

Désignation : ..... du ..... au .....

ou nombre de nuits : .....

### Logement souhaité (quand le choix est possible)

Désignation : ..... nombre de personnes : .....

### Options (dans le cas d'options payantes ; par exemple ménage, restauration, animaux, visites...)

..... option 1 ..... option 2 ..... option 3 .....

### Assurance annulation pour cause COVID - 35 euros/participant

### Participants

nom	prénom	date de naissance	qualité *
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

\* agent/conjoint(e)/enfant/invité(e)

### Caution (si demandée)

Montant de la caution : ..... € ; à déposer auprès  du CSE  du propriétaire

### Règlement

Montant total : ..... €  Pass socioculturel : ..... € Montant à régler : ..... €

Paiement :  carte bancaire  chèque, paiement échelonné .....

# CONDITIONS GÉNÉRALES

## SÉJOURS MUTUALISÉS **ITALIE**

### Inscription

Ce formulaire doit être remis dans votre antenne locale du CSE accompagné du règlement (acompte ou règlement total) selon les modalités de l'activité.

### Paieiment

**Mode de paiement** : carte bancaire, chèque à l'ordre du CSE Air France Court-Courrier ou espèces.

### *Paieiment échelonné (par chèques uniquement) :*

- en 2 fois pour un montant supérieur ou égal à 100 € ;
- en 4 fois pour un montant supérieur ou égal à 200 € ;
- en 6 fois pour un montant supérieur ou égal à 300 €.

### Conditions d'annulation

Après affectation et en cas d'annulation de votre part, vous devez impérativement **remplir et transmettre le formulaire d'annulation Offres mutualisées** à votre antenne locale du CSE.

Sauf en cas de force majeure (hospitalisation, décès du conjoint, d'un parent ou d'un enfant) et sur présentation d'un justificatif, toute demande d'annulation entraînera le versement des frais suivants :

- jusqu'à 60 jours du départ : 20 % du prix du séjour ;
- de 59 à 30 jours du départ : 30 % du prix du séjour ;
- de 29 à 15 jours du départ : 60 % du prix du séjour ;
- de 14 jours jusqu'au départ : 100 % du prix du séjour.

Les conditions d'annulation du prestataire ou du fournisseur pourront être appliquées en cas de frais supplémentaires.

Attention : les annulations liées au COVID ne font pas partie des cas de force majeure.

Vous pouvez cocher l'option payante au recto du bulletin d'inscription.

**J'accepte les conditions définies dans le présent contrat**

Fait à ....., le .....

signature précédée de la mention « lu et approuvé »



# FORMULAIRE D'ANNULATION

## SÉJOURS MUTUALISÉS **ITALIE**

**CONTACT ACP:** .....

Observations (cadre réservé aux agents du CSE)

### Ouvrant droit

Matricule : .....  Actif/Active  Retraité(e)  
Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : ..... Courriel : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Antenne de : ..... Lieu de travail : .....

### Rappel des conditions d'annulation

Sauf en cas de force majeure (hospitalisation, décès du conjoint, d'un parent ou d'un enfant) et sur présentation d'un justificatif, toute demande d'annulation entraînera le versement des frais suivants :

- jusqu'à 60 jours du départ : 20 % du prix du séjour ;
- de 59 à 30 jours du départ : 30 % du prix du séjour ;
- de 29 à 15 jours du départ : 60 % du prix du séjour ;
- de 14 jours jusqu'au départ : 100 % du prix du séjour.

**Je confirme mon choix d'annuler et m'engage à payer les frais y afférents**

Destination et dates : .....

Motif: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à ....., le .....

signature



# ENQUÊTE DE SATISFACTION SÉJOURS MUTUALISÉS **ITALIE**

**CONTACT ACP:** .....

## Ouvrant droit

Matricule : .....  Actif/Active  Retraité(e)

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Antenne de : ..... Lieu de travail : .....

**Destination et dates :** .....

**Êtes-vous satisfait de votre séjour et de la manière dont il a été organisé ?**  Oui  Non

.....  
.....

**Êtes-vous satisfait de l'hébergement et de la restauration ?**  Oui  Non

.....  
.....

**Êtes-vous satisfait des activités ?**  Oui  Non

.....  
.....

**Avez-vous des suggestions ou des remarques particulières ?**

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

Fait à ....., le .....

signature