

# Week end alle terme di Montegrotto e visita a Bassano del Grappa -

Iniziativa 240508



## Week end di benessere alle terme di Montegrotto all' Hotel Olimpia e visita guidata a Bassano del Grappa

### Proposta:

7 DICEMBRE 2024 – SABATO:

Partenza come indicato per MONTEGROTTO TERME, con sosta di servizio in autogrill. Arrivo in hotel, sistemazione nelle camere riservate, un po' di tempo a disposizione, prima del PRANZO IN HOTEL. Pomeriggio da dedicare a visite individuali o ai servizi della SPA:

--accesso alle due piscine termali interna ed esterna --tre differenti tipologie di idromassaggi e cascata cervicale --sauna finlandese a bordo piscina --grotta ai vapori termali --percorso vascolare Kneipp per gambe leggere e toniche --hydrobike e runner acquatico --kit Spa con morbido telo per piscina, soffice accappatoio a disposizione per tutto il soggiorno --Spa bag in omaggio --WIFI gratuito in tutto l'hotel.

PENSIONE COMPLETA IN HOTEL.

8 DICEMBRE 2024 – DOMENICA:

Prima colazione in hotel. Mattinata libera per proseguire il trattamento benessere. PRANZO IN HOTEL.

(Le camere saranno a disposizione fino alle 13.00). Al termine, carico bagagli e proseguimento per BASSANO DEL GRAPPA. Visita guidata. Al termine partenza per il rientro.

### Agenda Programma:

Luoghi ed orari di partenza

ore 07,30- Piacenza - Uscita autostrada Piacenza Ovest - Parcheggio Ovieste-Conad centro Farnese

ore 07,50 - Fiorenzuola d'Arda - Uscita A1 - presso Bar Romano

ore 08,10 - Fidenza - Uscita A1 Parcheggio OUTLET VILLAGE

ORE 08,30 Parma - Uscita A1 - Scambiatore Nord

7 dicembre 2024 - Luoghi di partenza - Montegrotto terme

8 Dicembre 2024 - Montegrotto - Bassano del Grappa - ritorno

### La quota comprende:

Pullman – sistemazione in hotel HOTEL TERME OLYMPIA 4\* a Montegrotto Terme, camere doppie con servizi privati – pensione completa dal pranzo del 1° gg, al pranzo dell'ultimo – bevande ai pasti: ¼ vino + ½ minerale - 2 ore di visita guidata di Bassano del Grappa -assicurazione medico-bagaglio Allianz assistance –

tassa di soggiorno - late check out ore 13.00.

### La quota non comprende:

Tutto quanto non indicato nella "quota comprende", assicurazione annullamento, mance , extra a carattere personale

Per aderire all'iniziativa è necessario essere socio FITeL e sottoscrivere l'assicurazione: la tessera (costo 1 euro per Familiari conviventi ed Aggregati) e l'assicurazione (costo 3,5 euro per Soci, Familiari conviventi ed Aggregati) hanno validità annuale (anno solare) e vengono attivate in occasione della prima partecipazione ad iniziative del CRAL.

### Assicurazione:

Si ricorda che con il tesseramento a FITeL (costo 1 euro) e l'adesione alla polizza (costo 3,5 euro) - con validità anno solare - addebitate in occasione della prima iniziativa, sono previste le seguenti coperture assicurative:

a) Infortuni occorsi durante attività del CRAL - FITeL, comprese quelle sportive dilettantistiche; invalidità permanente: massimo 30.000 euro; morte: massimo 30.000 euro; spese sanitarie: massimo 2.500 euro con franchigia di E 100, salvo una franchigia pari al 20% (minimo 150 euro) nel caso di strutture private.

b) Responsabilità Civile verso Terzi dei soci FITeL: la garanzia è prestata per tutti gli iscritti FITeL relativamente alla Responsabilità Civile verso Terzi per la partecipazione alle attività svolte dal socio e previste dallo statuto del CRAL e della FITeL. Massimali: 300.000 euro per ogni sinistro, per persona e per danni a cose o animali.

Copie integrali delle polizze sono consultabili e prelevabili in formato pdf ai seguenti link:

**Note:**

n 4 camere singole disponibili con supplemento di euro 20

Polizza annullamento facoltativa - euro 30 camera singola, euro 25 a persona camera doppia

La quota di partecipazione, unitamente ad eventuali costi aggiuntivi riferiti ad extra non inclusi nella quota, pagati dal Cral in nome e per conto del partecipante, potranno costituire oggetto di conguaglio al termine dell'iniziativa. Per contro, ovviamente, sarà prevista una riduzione della quota e/o del contributo originariamente indicato a fronte di minor costi accertati.

**Quote di partecipazione:**

- **Iscritto CRAL:** 225,00 €
- **Iscritto Sezione:** 225,00 €
- **Familiare convivente:** 245,00 €
- **Familiare NON convivente o Aggregato:** 295,00 €
- Supplemento per tipologia camera
- Supplemento polizza assicurativa
- Supplemento polizza assicurativa
- Riduzione minori
- Riduzione minori
- Riduzione minori

**Modalità di addebito quote:** addebito quota alla conferma

**Data inizio:** 07/dic/2024

**Data fine:** 08/dic/2024

**Contatti:**

---

Rebecchi Angelo  
Email: rebecchiangelo@libero.it  
Cellulare: 3282475396

Bassanini Anna  
Email: piacenza@ca-cral.it  
Cellulare: 3515247180

Sartori Daniela  
Email: daniela.sartori@credit-agricole.it  
Cellulare: 3472612337

Tagliando di adesione da inviare, **entro il 15 novembre 2024**, utilizzando una delle seguenti modalità:

- tramite fax al numero: 0523 499312
- tramite posta all' indirizzo: Sezione Piacenza, via S.Bartolomeo, 40 29121 Piacenza

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ n. tel: \_\_\_\_\_ (i cui dati, se partecipante, devono essere riportati nella tabella sottostante) intende aderire all'iniziativa **Week end alle terme di Montegrotto e visita a Bassano del Grappa - (circolare 240508)**

Autorizza l'addebito di € \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_ intestato a: \_\_\_\_\_

**Liberatoria Immagini**

In relazione alla presente iniziativa, per me e per tutti gli altri partecipanti adulti sopra indicati, autorizzo il CRAL CA Italia, anche per il tramite di terzi appositamente autorizzati, a realizzare ed eventualmente pubblicare nell'account Instagram o in documenti interni (es. bilancio) immagini fotografiche e riprese audio e/o video. Le immagini di minori eventualmente riprese non verranno utilizzate

**Accettazione penale**

Prendo atto che in caso di disdetta il CRAL si riserva il diritto di applicare una penale a titolo di rimborso delle quote di partecipazione corrisposte e /o da corrispondere a soggetti terzi (tour operator, agenzie di viaggio, alberghi, ecc.).

**Mandato con rappresentanza al CRAL CA Italia**

In relazione alla presente iniziativa, conferisco per me e per gli altri aderenti all'iniziativa sopra indicati, avendone i poteri, mandato non oneroso con rappresentanza al CRAL CA Italia. Autorizzo pertanto il CRAL CA Italia a pagare in nome e per conto mio e degli altri aderenti all'iniziativa, i fornitori dei beni e servizi, impegnandomi a fornire la provvista di quanto a tale titolo dovuto.

**Conferma presa visione delle condizioni dell'iniziativa**

Dichiaro di aver preso visione del programma dell'iniziativa, della quota di partecipazione, dei supplementi (se previsti), delle assicurazioni da stipulare e di tutti gli allegati al programma, nonché di conoscerli e di accettarli nella loro interezza. A mia discrezione potrò eventualmente stipulare - a mia cura e con spese a mio carico - altre polizze assicurative, in aggiunta a quelle proposte, se dovessi ritenere non adeguate le coperture prestate ed i massimali indicati nelle polizze e riassunti dal CRAL CA Italia.

Data:\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_

## Elenco partecipanti

### Partecipante 1

Dati personali:

- Cognome e nome:\_\_\_\_\_
- Codice fiscale:\_\_\_\_\_
- Data e Luogo di nascita:\_\_\_\_\_
- Indicare se IS-IC-FA-AG:\_\_\_\_\_
- Cellulare che utilizzerò per l'iniziativa:\_\_\_\_\_

Informazioni richieste:

- Ritrovo a:
- Scelta tipologia camera
- Scelta camera: nominativi per abbinamento \_\_\_\_\_
- Supplemento per tipologia camera  si  no
- Supplemento polizza assicurativa  si  no
- Supplemento polizza assicurativa  si  no
- Riduzione minori  si  no
- Riduzione minori  si  no
- Riduzione minori  si  no

### Partecipante 2

Dati personali:

- Cognome e nome:\_\_\_\_\_
- Codice fiscale:\_\_\_\_\_
- Data e Luogo di nascita:\_\_\_\_\_
- Indicare se IS-IC-FA-AG:\_\_\_\_\_
- Cellulare che utilizzerò per l'iniziativa:\_\_\_\_\_

Informazioni richieste:

- Ritrovo a:
- Scelta tipologia camera
- Scelta camera: nominativi per abbinamento \_\_\_\_\_
- Supplemento per tipologia camera  si  no
- Supplemento polizza assicurativa  si  no
- Supplemento polizza assicurativa  si  no
- Riduzione minori  si  no
- Riduzione minori  si  no
- Riduzione minori  si  no

**Informazioni:**

---

**Ritrovo a:**

Una sola risposta:

**Scelta tipologia camera**

Una sola risposta:

**Scelta camera: nominativi per abbinamento**\_\_\_\_\_

**Supplemento per tipologia camera**Prezzo &euro;;  si  no

**Supplemento polizza assicurativa**Prezzo &euro;;  si  no

**Supplemento polizza assicurativa**Prezzo &euro;;  si  no

**Riduzione minori**Prezzo &euro;;  si  no

**Riduzione minori**Prezzo &euro;;  si  no

**Riduzione minori**Prezzo &euro;;  si  no