

Weekend Relax Montegrotto

Iniziativa 240505



Week end dedicato alla salute e al benessere presso l' Hotel Terme Antoniano - dal 15 al 17 Novembre

Proposta:

Ciao, La Nostra Sezione ha organizzato un week end alle Terme dedicato al relax salute e benessere a Montegrotto Terme presso l'Hotel Antoniano .Il Fango e le acque Termali sono due elementi naturali che aiutano il corpo a star bene. Trasferimento con mezzi propri.

Appuntamento quindi all'hotel (parcheggio auto gratuito), accesso alle camere dalle 14,00 del 15.11 e ci vediamo, tutti assieme, a cena alle ore 20,00.

Check out camere previsto entro le ore 11.00 del 17.11 ma saranno a disposizione del gruppo spogliatoi e le aree comuni delle piscine e della spa fino alla partenza.

Le prenotazioni sono aperte sino al 14/10/2024

Vi aspetto

Francesca Onori

Agenda Programma:

accesso all'hotel dalle 14

La quota comprende:

Trattamento di pensione completa dalla cena del 15 al pranzo del 17, escluso bevande

Accesso alle 4 piscine termali (cuffia obbligatoria ma non compresa) con differenti temperature (venerdi e sabato fino alle ore 23, domenica sino alle 21) piscina interna comunicante con quella esterna, piscina da 25 metri con idromassaggio, piscina nuoto 33 metri, piscina per tuffi con trampolini

Percorsi Kneipp

Idromassaggio, cascate cervicali

Kit 1 accappatoio e telo piscina

Sauna (max 2 pax ogni 15 minuti)

docce emozionali

Palestra

Ping Pong gratuito

Campi da bocce gratuiti

Wi-fi gratuito

un paio di bottigliette d'acqua in camera solo all'arrivo

eventuale noleggio delle biciclette

Parcheggio auto e pullman gratuita

La quota non comprende:

La quota non comprende

bevande

Assicurazione annullamento

tassa di soggiorno di eur 4,00 per l'intero soggiorno

massaggi e trattamenti

extra personali in genere

Tutto cio' che non e' menzionato nella quota comprende

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:

POLIZZA INFORTUNI 2024

Note:

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 previsto una riduzione della quota e/o del contributo originariamente indicato a fronte di minor costi accertati.

Organizzazione tecnica Agenzia Viaggi Metauro Fano

Quote di partecipazione:

- **Iscritto CRAL:** 166,00 €
- **Iscritto Sezione:** 166,00 €
- **Familiare convivente:** 184,00 €
- **Familiare NON convivente o Aggregato:** 226,00 €
- Supplemento per tipologia camera
- Riduzione tipologia letto

Modalità di addebito quote: in conto

Data inizio: 15/nov/2024

Data fine: 17/nov/2024

Contatti:

Onori Francesca
Email: francesca.onori@credit-agricole.it
Cellulare: 3491933642

Tagliando di adesione da inviare, **entro il 17 ottobre 2024**, utilizzando una delle seguenti modalità:

- tramite fax al numero: 0521/914744
- tramite posta all'indirizzo: Segreteria Cral CA Italia Via La Spezia, 138 43126 Parma

Il/la sottoscritto/a: _____ n. tel: _____ (i cui dati, se partecipante, devono essere riportati nella tabella sottostante) intende aderire all'iniziativa **Weekend Relax Montegrotto (circolare 240505)**

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:

- Supplemento per tipologia camera sì no

- Riduzione tipologia letto 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:

- Supplemento per tipologia camera si no
- Riduzione tipologia letto si no

Informazioni:

Supplemento per tipologia camera Prezzo €: si no

Riduzione tipologia letto Prezzo €: si no