



01 40 51 95 00 01 40 51 95 15 01 56 81 38 38 01 56 81 38 30 01 56 81 38 29 01 70 36 35 40 01 53 63 13 40 01 53 63 13 43 01 70 36 35 44

**CONTRAT DE VENTE** www.lesmaisonsduvoyage.com **GMDCO- Maison des Ameriques - 3 rue Cassette 75006 PARIS**

MR MME MLLE	N O M E N C A P I T A L E S (FIGURANT SUR VOTRE PASSEPORT)	P R E M I E R P R É N O M	N A T.	N ° D E P A S S E P O R T	P R O F E S S I O N	D A T E D E N A I S S.
1						
2						
3						
4						
5						
6						

ADRESSE POSTALE

CODE POSTAL VILLE T É L D O M T É L P O R T A B L E

E - M A I L  OUI, JE SOUHAITE RECEVOIR VOTRE NEWSLETTER F A X

D É P A R T D E **LYON** D E S T I N A T I O N **CUBA**

VOYAGE DU CATALOGUE  VOYAGE EN GROUPE CONSTITUÉ  VOYAGE À LA CARTE  VOLS (+HÔTELS) :  
RÉF : SUR MESURE, : UTB CHALON SELON DEVIS DU :

D A T E A L L E R **15 OCTOBRE 2016** D A T E R E T O U R ( E N F R A N C E ) : **26 OCTOBRE 2016**

**M O D A L I T É S F I N A N C I È R E S D ' I N S C R I P T I O N**

P R E S T A T I O N P A R P E R S O N N E	1 <sup>er</sup> P A R T I C I P A N T	2 <sup>e</sup> P A R T I C I P A N T	3 <sup>e</sup> P A R T I C I P A N T	4 <sup>e</sup> P A R T I C I P A N T	5 <sup>e</sup> P A R T I C I P A N T	6 <sup>e</sup> P A R T I C I P A N T	T O T A L
CIRCUIT OU VOL OU FORFAIT							
TAXES AEROPORT							
SUPP. CHAMBRE INDIVIDUELLE							
PRÉ/POST ACHEMINEMENT							
RETOUR DIFFERÉ							
SUPP. EXTENSION							
DIVERS							
VISA							
ASSURANCE MALADIE - ACCIDENT - RAPATRIEMENT BAGAGES : _____% DU MONTANT DU VOYAGE							
ASSURANCE - ANNULATION _____ % DU MONTANT DU VOYAGE							
ASSURANCE ANNULATION COMPLÉMENTAIRE CB PREMIUM _____ % DU MONTANT DU VOYAGE							
<b>TOTAL PAR PARTICIPANT</b>							<b>€</b>
ACOMPTE, MONTANT PAR PERSONNE - VOL SEUL : 100 % - TOUT AUTRE VOYAGE : 30 % (1) (1) SE REPORTER AUX MODALITES D'INSCRIPTION							<b>300 €</b>

MODE DE RÈGLEMENT : CHÈQUE  ESPÈCES  CARTE BANCAIRE

J'AUTORISE LA MAISON DE LA CHINE ET DE L'EXTRÊME ORIENT À DÉBITER MA CARTE BANCAIRE (VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS).

① NOM ET PRÉNOM DU PORTEUR	② NOM ET PRÉNOM DU PORTEUR
_____	_____
N °	N °
EXPIRE LE	EXPIRE LE
MONTANT ACOMPTE €	MONTANT ACOMPTE €
MONTANT SOLDE (DÉBITÉ À 45 JOURS DU DÉPART) €	MONTANT SOLDE (DÉBITÉ À 45 JOURS DU DÉPART) €

Je soussigné (nom, prénom) \_\_\_\_\_ D A T E : \_\_\_\_\_ S I G N A T U R E ( S ) \* : \_\_\_\_\_  
agissant tant pour moi-même que pour le compte des autres personnes inscrites, certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de voyages figurant sur les pages suivantes, avoir reçu des renseignements sur la situation politique et sanitaire de la destination choisie et avoir été informé de la possibilité de consulter ces dernières dans la rubrique conseils-aux-voyageurs du site www.diplomatie.gouv.fr/fr/ (et plus spécifiquement concernant les sous rubriques « risque pays » et « santé ») et avoir reçu la brochure et/ou devis, proposition, programme de l'organisateur mentionné ci-dessus ainsi que les conditions de garantie des assurances souscrites.

\*si paiement par CB signature du (des) porteur(s)