

1. DATOS DO SOLICITANTE		
Nome/Apelidos:	DNI:	
Domicilio:	Localidade:	Telf.:
Pensionista: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2. DATOS DO ACOMPAÑANTE:		
Nome/Apelidos:	DNI:	
Domicilio:	Localidade:	Telf.:
Pensionista:		
3. ESTABLECEMENTOS HOTELEIROS (marque con X a opción que desexe):		
<input type="checkbox"/> Hotel SPA NORAT de 3***	Prezo por persoa, xuros incluídos 179€	
<input type="checkbox"/> Hotel TALASO ATLANTICO 4****	Prezo por persoa, xuros incluídos 272€	
<input type="checkbox"/> Hotel NORAT MARINA & SPA 4****	Prezo por persoa, xuros incluídos 199€	
4. DECLARACIÓN:		
Que son certos cantos datos anteceden y que coñecen os programas de saúde benestar que solicita/amos a participación no programa e declaro/amos:		
a) O compromiso de aceptar o turno do establecemento hoteleiro que se me adxudica salvo que por causas de forza maior deba renunciar a plaza.		
b) O compromiso de asumir todas as condicións do seguro de accidente que veñen establecidas na póliza que proporcionou a empresa axudicaria, no caso de ser requerida.		
.....de.....de 20.....		
Firma do solicitante,		
5. DECLARACIÓN RESPONSABLE DO SOLICITANTE		
D./Dª.....		
SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Valgo-me por min mesmo pra calquera actividade da vida diaria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Padezo alteracións do comportamento que impide a convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Padezo enfermidades infecto-contaxiosas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Padezo unha patoloxía incompatible co programa		
Data e firma		
6. DECLARACIÓN RESPONSABLE DO ACOMPAÑANTE		
D./Dª.....		
Acompañante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Valgo-me por min mesmo pra calquera actividade da vida diaria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Padezo alteracións do comportamento que impide a convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Padezo enfermidades infecto-contaxiosas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Padezo unha patoloxía incompatible co programa		
Data e firma		
Deberá adxuntar a solicitude os seguintes documentos: fotocopia e DNI. Para reserva en firme teran que facer un ingreso de reserva de 50€ por persoa. Número de conta 2100 1838 58 0200094734 na entidade LA CAIXA; indicando no ingreso nome e data da saída con nome do hotel elixido. O programa consiste en pasar seis días con cinco noites (de domingo a venres) nun Hotel con Spa no réximen de pensión completa durante os meses de outubro, novembro, decembro, xaneiro, febreiro, marzo, abril (exceptuando Sema Santa, pontes e festivos) e mayo. Dentro do prezo inclúyen-se os traslados dende os Concellos ata os establecementos hoteleiros e viceversa. Podrán optar os programa as persoas de 50 anos ou mais con necesidade de respiro familiar.		