

ENVIAR POR FAX AL 91 743 36 35

Día o días solicitados:	
--------------------------------	--

TU SOLICITUD	
Nº DE PARTICIPANTES	

ENTIDAD:			
FECHA DE LA SOLICITUD		C. I. F.:	
DOMICILIO			LOCALIDAD
CP	PROVINCIA	CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE:			
TELÉFONOS DE CONTACTO y fax			

Firma: Don / Doña
con DNI....., como responsable del grupo.

Fecha y firma.

A _____ de _____ de _____

.Fin de semana sujeto a disponibilidad y confirmación.
.Precios estipulados por xtremeaventura para la temporada en vigor.
.La presente solicitud no indica una reserva sin la correspondiente confirmación por parte de XTREMEAVENTURA.
.en caso de anulación perderá la reserva.