

# Ihre Anmeldung für alle Pilgerreisen

Bitte pro Person einzeln ein Buchungsformular in **Druckschrift** ausfüllen!  
Ihr Vorname muss mit dem **amtlichen Dokument** übereinstimmen.



## IHR ZIEL

Reiseziel:	<input type="text"/>	Reise-Nr.:	<input type="text"/>
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

## IHR ZUSTEIGEBAHNHOF (SONDERZUG)

<input type="checkbox"/> Münster	<input type="checkbox"/> Köln
<input type="checkbox"/> Dortmund	<input type="checkbox"/> Bonn
<input type="checkbox"/> Bochum	<input type="checkbox"/> Freiburg
<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Duisburg	<input type="checkbox"/> Oldenburg
<input type="checkbox"/> Düsseldorf	(Zuschlag 25 €)

## IHRE PERSON

Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
(Geburtsname)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße/Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Handy	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Ausweis gültig bis	<input type="text"/>

## IHR KONTAKT FÜR DEN NOTFALL

Name/Telefon-/Handynummer:

**Hinweis für Nicht-EU-Staatsangehörige:**  
Bitte informieren Sie sich rechtzeitig über Pass- und Visavorschriften.

## IHRE ANGABEN ÜBER GESUNDHEITLICHE EINSCHRÄNKUNGEN

Gefähig (mindestens 30 Minuten <b>ohne</b> Hilfe und Unterstützung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rollstuhlfahrend mit eigenem Rollstuhl	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Absolut nicht gehfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gefähig (wenige Schritte mit Hilfe)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin im Besitz der <b>EHIC-Kranken-Versicherungskarte für Auslandsreisen</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Eigene Angaben (Gehhilfen/Medikamente/Diät, usw.)

## IHRE UNTERKUNFT

Einzelbettzimmer	<input type="checkbox"/>
Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/>
Dreibettzimmer	<input type="checkbox"/>
Zimmer gemeinsam mit	<input type="text"/>
Ich möchte gern gemeinsam reisen mit	<input type="text"/>

Dies ist meine  Wallfahrt mit dem Deutschen Lourdes Verein.

Mitglied des Vereins: Ja  Nein

Wenn ja, seit:

## IHRE BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die allgemeinen Reisebedingungen an.

Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wenn ausgefüllt,  
speichern und bequem  
per E-Mail senden:  
info@lourdes-verein.de

Oder ausdrucken und  
per Post zurücksenden an:  
Deutscher Lourdes Verein  
Schwalbengasse 10, 50667 Köln