Week end alle terme a Montegrotto all' Hotel Terme Olympia ****

Iniziativa 250475

SEZIONE PIACENZA

IL 6 e 7 dicembre 2025 , la sezione di Piacenza propone un week end " rilassante " alle Terme di Montegrotto per prepararci ai festeggiamenti di Natale e Capodanno

---

Proposta:
6 DICEMBRE 2025 – SABATO:

Partenza come indicato per MONTEGROTTO TERME, con sosta di servizio in autogrill. Arrivo in hotel, sistemazione nelle camere riservate, un po' di tempo a disposizione, prima del PRANZO IN HOTEL.Pomeriggio da dedicare a visite individuali o ai servizi della SPA:

-accesso alle due piscine termali interna ed esterna --tre differenti tipologie di idromassaggi e cascata cervicale --sauna finlandese a bordo piscina --grotta ai vapori termali --percorso vascolare Kneipp per gambe leggere e toniche --hydrobike e runner acquatico --kit Spa con morbido telo per piscina, soffice accappatoio a disposizione per tutto il soggiorno --Spa bag in omaggio --WIFI gratuito in tutto l'hotel.

PENSIONE COMPLETA IN HOTEL.

7 DICEMBRE 2025 – DOMENICA:

Prima colazione in hotel. Mattinata libera per proseguire il trattamento benessere. PRANZO IN HOTEL.

(Le camere saranno a disposizione fino alle 13.00). Al termine, carico bagagli e proseguimento per Padova. Tempo libero e rientro ai luoghi di partenza nel tardo pomeriggio.

Agenda Programma:
Luoghi ed orari di partenza
ore 07,30- Piacenza - Uscita autostrada Piacenza Ovest - Parcheggio Oviesse-Conad centro Farnese
ore 07,50 - Fiorenzuola d'Arda - Uscita A1 - presso Bar Romano
ore 08,10 - Fidenza - Uscita A1 Parcheggio OUTLET VILLAGE
ORE 08,30 Parma - Uscita A1 - Scambiatore Nord
6 dicembre 2024 - Luoghi di partenza - Montegrotto terme
7 Dicembre 2024 - Montegrotto - Padova - ritorno

La quota comprende:
Pullman – sistemazione in hotel HOTEL TERME OLYMPIA 4* a Montegrotto Terme, camere doppie con servizi privati – pensione completa dal pranzo del 1° gg, al pranzo dell'ultimo – bevande ai pasti: ¼ vino + ½ minerale - assicurazione medico-bagaglio Allianz assistance –

tassa di soggiorno - late check out ore 13.00 .

La quota non comprende:
Tutto quanto non espresso nella quota comprende, assicurazione annullamento extra di carattere personale
Per aderire all'iniziativa è necessario essere socio FITeL e sottoscrivere l'assicurazione: la tessera (costo 1 euro per Famigliari conviventi ed Aggregati) e l'assicurazione (costo 3,5 euro per Soci, Famigliari 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
POLIZZA R.C.2024

Note:
n 4 camere singole disponibili con supplemnto di euro 20
Polizza annullamento facoltativa - euro 30 camera singola , euro 25 a persona camera doppia
Eventuali intolleranze alimentari da segnalare a: piacenza@ca-cral.it
Organizzazione tecnica Davvero Viaggi srl
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.

Quote di partecipazione:
- **Iscritto CRAL**: 255,00 €
- **Iscritto Sezione**: 255,00 €
- **Familiare convivente**: 275,00 €
- **Familiare NON convivente o Aggregato**: 325,00 €
- Supplemento per tipologia camera
- Supplemento polizza assicurativa
- Supplemento polizza assicurativa

Modalità di addebito quote: addebito alla conferma

Data inizio: 06/dic/2025

Data fine: 07/dic/2025

Contatti:

Rebecchi Angelo
Email: rebecchiangelo@libero.it
Cellulare: 3282475396

Bassanini Anna
Email: piacenza@ca-cral.it
Cellulare: 3515247180

Tagliando di adesione da inviare, **entro il 31 ottobre 2025,** utilizzando una delle seguenti modalità:
- tramite fax al numero: 0523 499312
- tramite posta all' indirizzo: Sezione Piacenza, via S.Bartolomeo, 40 29121 Piacenza

Il/la sottoscritto/a:_____ n. tel:_____ (i cui dati, se partecipante, devono essere riportati nella tabella sottostante) intende aderire all'iniziativa **Week end alle terme a Montegrotto all' Hotel Terme Olympia **** (circolare 250475)**

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:
- Ritrovo a:
- Scelta tipologia camera
- Scelta camera: nominativi per abbinamento _____
- Supplemento per tipologia camera [_] si [_] no
- Supplemento polizza assicurativa [_] si [_] no
- Supplemento polizza assicurativa [_] 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:
- Ritrovo a:
- Scelta tipologia camera
- Scelta camera: nominativi per abbinamento _____
- Supplemento per tipologia camera [_] si [_] no
- Supplemento polizza assicurativa [_] si [_] no
- Supplemento polizza assicurativa [_] si [_] no

Informazioni:

Ritrovo a:
Una sola risposta:
Scelta tipologia camera
Una sola risposta:
Scelta camera: nominativi per abbinamento_____
Supplemento per tipologia camera Prezzo € : [_] si [_] no
Supplemento polizza assicurativa Prezzo € : [_] si [_] no
Supplemento polizza assicurativa Prezzo € : [_] si [_] no