

Nazwa kwalifikacji: **Planowanie i realizacja usług w recepcji**

Oznaczenie kwalifikacji: **T.11**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

**T.11-01-19.01**

Czas trwania egzaminu: **150 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE  
Rok 2019  
CZEŚĆ PRAKTYCZNA**

**Instrukcja dla zdającego**

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na **KARCIE OCENY** w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
  - swój numer PESEL\*,
  - oznaczenie kwalifikacji,
  - numer zadania,
  - numer stanowiska.
3. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 13 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz **KARTĘ OCENY** na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

***Powodzenia!***

\* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

## **Zadanie egzaminacyjne**

Hotel Magic Medical SPA\*\*\*\* w Międzyzdrojach otrzymał drogą elektroniczną zamówienie na zorganizowanie pobytu dla 10-osobowej grupy tj. 8 zagranicznych dziennikarzy i 2 przedstawicieli organizacji turystycznej.

Korzystając z zamówienia na usługi hotelarskie, informacji dotyczących usług dodatkowych w języku obcym, oferty hotelu Magic Medical SPA\*\*\*\* w Międzyzdrojach, stawek podatku VAT dla usług podstawowych i dodatkowych, sporządź:

- dokumenty związane z przyjęciem zamówienia i rezerwacją usług hotelarskich: kartę rezerwacji, grafik rezerwacji oraz potwierdzenie rezerwacji,
- dokument związany z rejestracją i pobytem gości w hotelu: kartę rejestracyjną sporządzoną dla pani Agnieszki Pabis,
- dokumenty związane z wyrejestrowaniem i rozliczeniem pobytu gości: propozycję procedury check-out grupy i fakturę.

Druki niezbędne do sporządzenia dokumentów znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

**Wszystkie dokumenty należy sporządzić w języku polskim.**

## Zamówienie na usługi hotelarskie

**Od:** Agnieszka Pabis Organizacja Turystyczna 4Wzgórza [agnieszka.pabis@4wzgorza.pl]

**Wysłano:** 8 stycznia 2019 11<sup>40</sup>

**Do:** Hotel Magic Medical SPA\*\*\*\*'

**Temat:** zamówienie - dziennikarze ze Szwecji

Szanowni Państwo,

w ramach współpracy z redakcją czasopisma *Allt om Resor* ze Sztokholmu nasza organizacja przygotowuje wizytę studyjną dla szwedzkich dziennikarzy. Celem wizyty jest m.in. promocja obiektów hotelarskich regionu zachodniopomorskiego. W związku z tym proszę o pomoc w organizacji pobytu w Państwa hotelu 10-osobowej grupy zagranicznych dziennikarzy i przedstawicieli naszej organizacji w terminie od 29.03.2019 r. do 31.03.2019 r. Rezerwuję 1 apartament dla pani Lindy Nyberg, redaktor naczelnej szwedzkiego magazynu podróżniczego i 9 pokoi jednoosobowych typu Komfort, w tym jeden dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim.

Ponadto zamawiam:

- 29.03.2019 r. transfer taksówkami z portu promowego do hotelu dla 10 osób – grupa przybędzie do Świnoujścia o godz. 14<sup>00</sup>,
- 29.03.2019 r. o godz. 20<sup>00</sup> kolację w formie bufetu dla 10 osób,
- 30.03.2019 r. i 31.03. 2019 r. o godz. 8<sup>30</sup> śniadania dla 10 osób,
- 30.03.2019 r. w godzinach od 10<sup>00</sup> do 12<sup>00</sup> najmniejszą salę konferencyjną wyposażoną w rzutnik multimedialny i ekran.

Proszę również o zarezerwowanie usług SPA&Wellness w terminie wybranym przez naszych gości:

- po jednym masażu relaksacyjnym ciała dla 5 osób,
- po jednym zabiegu odmładzającym na twarz dla 4 osób,
- jednego okładu borowinowego dla pani Lindy Nyberg.

Informacje dotyczące terminu zabiegów zostaną przesłane przez redakcję *Allt om Resor* bezpośrednio na Państwa adres e-mailowy.

Biorąc pod uwagę fakt, że wizyta ma charakter promocyjny i jesteśmy zorganizowaną grupą, proszę o zastosowanie rabatu na noclegi.

Należność za wszystkie usługi uregulujemy przelewem w ciągu 7 dni po otrzymaniu faktury, którą odbiorę osobiście w dniu wyjazdu gości.

W załączniku podaję dane do faktury oraz dane osobowe przedstawicieli Organizacji 4Wzgórza.

Oczekując na potwierdzenie rezerwacji, łączę wyrazy szacunku,

Agnieszka Pabis

Specjalista ds. promocji

tel. 91 424 21 00

## Dane osobowe przedstawicieli organizacji 4Wzgórza

|  |  |
|--|--|
| <b>Krzysztof Janus</b><br>ur. 25.05.1986 r. Bydgoszcz<br>zam. ul. Szkolna 3, 73-110 Stargard Szczeciński<br>seria i nr dowodu osobistego: AGD 456599<br>obywatelstwo polskie | <b>Agnieszka Pabis</b><br>ur. 22.07.1987 r. Szczecin<br>zam. ul. Na Stoku 15/20, 71-792 Szczecin<br>seria i nr dowodu osobistego: CAM 123654<br>obywatelstwo polskie |
|--|--|

## Dane do faktury

|   |
|---|
| Organizacja Turystyczna 4Wzgórza<br>ul. Tkacka 15<br>70-556 Szczecin<br>NIP 787-333-77-44 |
|---|

## Informacje dotyczące usług dodatkowych – w języku angielskim

**From:** Linda Nyberg Allt om Resor [linda.nyberg@alltomresor.se]

**Date:** January 8<sup>th</sup>, 2019, 3:30 p.m.

**To:** 'Hotel Magic Medical SPA'

**Subject:** Additional information about our stay (March 29<sup>th</sup> – March 31<sup>st</sup>, 2019)

Dear Sir or Madam,

In reference to the order made by Mrs Agnieszka Pabis I would like to inform you that we are interested in using the SPA&Wellness Centre on March 29<sup>th</sup>, 2019, from 3 p.m. to 7 p.m. Therefore, I kindly ask you to prepare extra towels and bathrobes for the whole group for the duration of our stay in the SPA.

Yours faithfully,

Linda Nyberg  
Chief Editor  
Allt om Resor  
Mariagatan 20, 11351 Sztokholm  
tel. +46 73 806 33 66

## Informacje dotyczące usług dodatkowych – w języku niemieckim

**Von:** Linda Nyberg Allt om Resor [linda.nyberg@alltomresor.se]

**Datum:** den 8. Januar 2019, 15.30

**Bis:** 'Hotel Magic Medical SPA'

**Thema:** Aufenthalt vom 29 - 31.03. 2019 - zusätzliche Informationen

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Bezug auf die von Frau Agnieszka Fabis aufgegebenene Bestellung möchte ich Ihnen mitteilen, dass wir am 29. März 2019 von 15.00 bis 19.00 Uhr das SPA&Wellness Zentrum gerne benutzen würden. Deshalb bitte ich Sie, für die ganze Gruppe für unseren SPA- Aufenthalt, zusätzliche Badetücher und Bademäntel vorzubereiten.

Hochachtungsvoll

Linda Nyberg  
Chefredakteurin  
Allt om Resor  
Mariagatan 20, 11351 Sztokholm  
tel. +46 73 806 33 66

## Informacje dotyczące usług dodatkowych – w języku francuskim

**de:** Linda Nyberg Allt om Resor [linda.nyberg@alltomresor.se]

**date:** le 8 janvier 2019, 15 h 30

**à:** 'Hotel Magic Medical SPA'

**Sujet:** plus d'informations concernant le séjour du 29-31.03. 2019

Madame, Monsieur,

Faisant suite à la demande rendue par Mme Agnès Pabis, je vous informe que nous aimerions profiter du SPA & Wellness, le 29 mars 2019, de 15 h 00 à 19 h 00. Donc, je vous demande des serviettes supplémentaires et des peignoirs de bain pour l'ensemble du groupe, pendant la durée de notre séjour au SPA.

Sincèrement,

Linda Nyberg  
rédacteur en chef  
Allt om Resor  
Mariagatan 20, 11351 Sztokholm  
tel. +46 73 806 33 66

## Informacje dotyczące usług dodatkowych – w języku rosyjskim

**От:** Linda Nyberg Allt om Resor [linda.nyberg@alltomresor.se]

**Число:** 8 января 2019, 15.30 ч.

**К:** 'Hotel Magic Medical SPA'

**Тема:** проживание 29 - 31.03. 2019 г.- дополнительные информации

Уважаемые госпожа,

По отношению к, сделанному Агнешкой Пабис, заказу, сообщаю, что 29 марта 2019 г., с 15.00 до 19.00 часов мы хотели бы воспользоваться Центром СПА&Веллнесс.

В связи с тем, вежливо прошу подготовить для всей группы, на время пребывания в СПА, добавочные полотенца, а также купальные халаты.

С уважением,

Linda Nyberg  
Главный редактор  
Allt om Resor  
Mariagatan 20, 11351 Sztokholm  
tel. +46 73 806 33 66

## Oferta hotelu Magic Medical SPA\*\*\*\* w Międzyzdrojach

**Hotel Magic Medical SPA\*\*\*\***

**ul. Leśna 12**

**72-500 Międzyzdroje**

**NIP: 666 190 55 55**

**Bank AB S.A. nr rachunku 10 1000 1234 5432 7777 0000 4321**

**tel.: +48 91/695 10 00**

**fax: +48 91/696 10 10**

**www.hotel-magic.pl**

**e-mail: info@hotel-magic.pl**

Magic Medical SPA\*\*\*\* to nowoczesny, butikowy hotel położony zaledwie 50 m od piaszczystej plaży. Piękne otoczenie, doskonała infrastruktura hotelowa, rozbudowane Centrum SPA & Wellness sprawi, że każda wizyta w Magic Medical SPA\*\*\*\* stanie się niezapomnianym przeżyciem.

Do dyspozycji Gości oddajemy 90 pokoi różnych typów, od kategorii standard przez komfort, lux, suity, aż po 6 luksusowych apartamentów.

Zapraszamy do stylowej restauracji oferującej dania przygotowywane z ekologicznych produktów. W karcie dań do wyboru są zarówno potrawy typowo polskie jak i specjały kulinarne kuchni międzynarodowej. Śniadania i kolacje serwujemy w formie bufetu.

W hotelu znajdują się również sale konferencyjne wyposażone w nowoczesny sprzęt audio-wizualny oraz urządzenia niezbędne do prowadzenia szkoleń i prezentacji.

Doba hotelowa rozpoczyna się o godzinie 14<sup>00</sup>, a kończy o 12<sup>00</sup>.

### Cennik pokoi za dobę:

| Rodzaj j.m.                | Sezon A                    | Sezon B                    | Sezon C                    |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                            | 01.01-29.04<br>01.10-21.12 | 30.04-19.06<br>01.09-30.09 | 20.06-31.08<br>22.12-31.12 |
| Pokój jednoosobowy Komfort | 250,00 zł                  | 350,00 zł                  | 380,00 zł                  |
| Pokój dwuosobowy Komfort   | 390,00 zł                  | 470,00 zł                  | 540,00 zł                  |
| Apartament dla 1 osoby     | 800,00 zł                  | 870,00 zł                  | 980,00 zł                  |
| Apartament dla 2 osób      | 1 050,00 zł                | 1 180,00 zł                | 1 350,00 zł                |

W cenie noclegu: śniadanie, depozyt, parking strzeżony, Nielimitowany dostęp do strefy saun i basenów oraz podatek VAT.

**W przypadku pobytów grup (min. 10 osób) udzielamy rabatu na noclegi w wysokości 30%.**

### Cennik usług gastronomicznych:

- kolacja w formie bufetu - 70,00 zł/os.
- uroczysta kolacja z lampką wina - 100,00 zł/os.
- powitalna wstawka - w cenie apartamentu

### Cennik usług dodatkowych:

- SPA&Wellness - cena za osobę:

| Zabiegi na twarz   | Zabiegi na ciało  | Masaże   |
|--|---|--|
| odmładzający - 140,00 zł<br>nawilżający - 120,00 zł<br>oczyszczający - 100,00 zł | antycellulitowy - 150,00 zł<br>modelujący - 150,00 zł<br>okład borowinowy - 150,00 zł | klasyczny całego ciała - 120,00 zł<br>relaksacyjny ciała - 150,00 zł<br>lecniczy kręgosłupa - 80,00 zł |

- wypożyczenie szlafroków i ręczników - w cenie zabiegów
- transfer taksówkami z/do portu promowego Świnoujście - 50 zł/os. (cena za kurs)
- wynajem sal konferencyjnych z wyposażeniem nagłaśniającym i multimedialnym:
  - sala Słoneczna (od 71 do 100 osób) - 200 zł/dzień
  - sala Neptun (od 41 do 70 osób) - 150 zł/dzień
  - sala Mars (do 40 osób) - 100 zł/dzień

**Wszystkie proponowane ceny są cenami brutto.**

#### **Stawki podatku VAT dla usług podstawowych i dodatkowych**

| <b>Rodzaje usług</b>  | <b>Stawka podatku</b> |
|---|-----------------------|
| Usługi hotelarskie: sprzedaż wszystkich typów pokoi z wliczonym kosztem śniadania | 8%                    |
| Usługi gastronomiczne: sprzedaż obiadów, kolacji, uroczystych kolacji             | 8%                    |
| Usługi dodatkowe: transfer taksówkami z/do portu promowego Świnoujście            | 8%                    |
| Usługi dodatkowe: wynajem sali konferencyjnej                                     | 23%                   |
| Usługi dodatkowe: świadczenie usług relaksacyjnych i SPA                          | 23%                   |

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 150 minut.**

**Ocenić będąc 6 rezultatów:**

- karta rezerwacji,
- grafik rezerwacji,
- potwierdzenie rezerwacji,
- karta rejestracyjna,
- propozycja procedury check-out grupy,
- faktura.

## Karta rezerwacji

Hotel Magic Medical SPA\*\*\*\*  
ul. Leśna 12, 72-500 Międzyzdroje  
tel.: +48 91/695 10 00, e-mail: info@hotel-magic.pl

### Dane zamawiającego:

.....  
Imię i nazwisko, nazwa firmy

.....  
Adres

.....  
telefon

.....  
e-mail

**Termin pobytu:** .....

**Liczba osób:** .....

**Ilość i rodzaj j.m.:**

**Usługi gastronomiczne (rodzaj, termin, godziny, ilość):**

**Usługi i życzenia dodatkowe (rodzaj, terminy, godziny, ilość):**

**Forma i termin zapłaty:**

**Dane do faktury:**

**XYZ**  
.....

Podpis pracownika działu rezerwacji

.....

Data sporządzenia



### Grafik rezerwacji

| Nr i rodzaj pokoju  | Data | P      | W      | Ś      | Cz     | Pt     | S      | N      | P      |
|---|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|   |      | 27. 03 | 28. 03 | 29. 03 | 30. 03 | 31. 03 | 01. 04 | 02. 04 | 03. 04 |
| 100 APT   |      |        | RB     | RB     | RB     | RB     |        |        |        |
| 101 APT   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 105 SGL Komfort                                        |      | RA     | RA     |        |        |        |        |        |        |
| 106 SGL Komfort   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 107 SGL Komfort   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 108 DBL Komfort   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 109 DBL Komfort   |      | RA     | RA     |        |        |        |        |        |        |
| 110 DBL Komfort   |      | RA     | RA     |        |        |        |        |        |        |
| 111 DBL Lux   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 120 SGL Lux   |      | RF     | RF     |        |        |        |        |        |        |
| 121 SGL Komfort   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 122 SGL Komfort   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 123 DBL Lux   |      | RF     | RF     |        |        |        |        |        |        |
| 124 DBL Lux   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 125 SGL Komfort   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 126 SGL Komfort   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 127 DBL Standard  |      |        | RB     | RB     | RB     |        |        |        |        |
| 128 DBL Standard  |      |        | RB     | RB     | RB     |        |        |        |        |
| 129 SGL Komfort   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 130 SGL Komfort   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 131 SGL Lux   |      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| RA - rezerwacja Axel<br>RB - rezerwacja Anna Biga<br>RF - rezerwacja Karol Figurski<br>RO - rezerwacja Organizacja Turystyczna 4Wzgórza |      |        |        |        |        |        |        |        |        |

## Potwierdzenie rezerwacji

Hotel Magic Medical SPA\*\*\*\*

ul. Leśna 12, 72-500 Międzyzdroje

tel.: +48 91/695 10 00, e-mail: info@hotel-magic.pl

NIP: 666 190 55 55

Bank AB S.A. nr rachunku 10 1000 1234 5432 7777 0000 4321

.....

.....

.....

.....

.....

**Potwierdzenie rezerwacji nr 25/19**

## Karta rejestracyjna

Hotel Magic Medical SPA\*\*\*\*  
ul. Leśna 12, 72-500 Międzyzdroje  
tel.: +48 91/695 10 00, e-mail: info@hotel-magic.pl

### KARTA REJESTRACYJNA/ REGISTRATION FORM

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| Numer pokoju / Room no                    | Data przyjazdu / Check In  | Data wyjazdu / Check out       |
| Imię / First Name                         | Nazwisko / Family Name   | Data urodzenia / Date of Birth |
| Obywatelstwo / Nationality                | Adres / Address  |                                |
| Seria i nr dowodu osobistego / ID No      | Forma płatności / Method of payment<br>gotówka /cash<br>karta kred./credit card<br>przelew /transfer |                                |
| .....<br>Podpis Gościa / Guests signature |  |                                |

### Propozycja procedury check-out grupy

| Lp. | Czynność |
|-----|----------|
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |

## Faktura

| <b>Faktura nr 45/03/19</b>                                     |                         |      |       | Miejscowość .....<br>Data wystawienia ..... |                    |                |                |                     |
|--|-------------------------|------|-------|---|--------------------|----------------|----------------|---------------------|
| <b>Sprzedawca</b><br><br>NIP .....<br>Bank, nr konta:<br>..... |                         |      |       | <b>Nabywca</b>                              |                    |                |                |                     |
| Lp.  | Nazwa towaru lub usługi | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto w zł                 | Wartość netto w zł | Stawka VAT w % | Kwota VAT w zł | Wartość brutto w zł |
|  |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
| Forma płatności:   |                         |      |       | <b>Razem:</b>                               |                    | <b>x</b>       |                |                     |
|  |                         |      |       | <b>W tym:</b>                               |                    | <b>zw.</b>     |                |                     |
| Termin płatności:  |                         |      |       |   |                    | <b>23%</b>     |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    | <b>8%</b>      |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    | <b>5%</b>      |                |                     |
|  |                         |      |       |   |                    | <b>0%</b>      |                |                     |
| <b>Do zapłaty:</b><br><br><b>Słownie:</b>                      |                         |      |       |   |                    |                |                |                     |
| Podpis osoby uprawnionej do wystawienia faktury                |                         |      |       |   | XYZ                |                |                |                     |