



# FUNDACJA "VADEMECUM"

POMAGAMY. PO PROSTU.

## UMOWA ZGŁOSZENIE - TURNUS REHABILITACYJNY

<b>RODZAJ I TERMIN</b>	TURNUS REHABILITACYJNY 11.08.2019r – 24.08.2019r				
<b>OŚRODEK</b>	Ośrodek Dom Wczasowy HALNY w Murzasichlu – OD/12/0039/18				
<b>ZAKWATEROWANIE *</b>	2 osobowy	3 osobowy	4 osobowy	wieloosobowy	dostawka
<b>WYŻYWIENIE</b>	3 x dziennie + podwieczerek				
<b>DOJAZD/TRANSPORT * MIEJSCE, GODZINA WYJAZDU</b>	Dojazd własny*	Dojazd z Katowic dla samodzielnych uczestników*	Dojazd z Warszawy dla samodzielnych uczestników*		
<b>UBEZPIECZENIE</b>	KL, NNW sumy ubezpieczenia 10 000 PLN				
<b>DIETA – DZIECKO OBJĘTE TERAPIĄ:</b>					
<b>RODZAJ SCHORZENIA</b>					

### DANE UCZESTNIKÓW

\*przekreśl błędne odpowiedzi

lp	NAZWISKO I IMIĘ	ADRES, TELEFON	PESEL	Cena
1.				
2.				
3.				

### DANE ZGŁASZAJĄCEGO

<b>NAZWISKO I IMIĘ</b> <b>ADRES, TELEFON, e-mail</b>	
<b>DANE DO FAKTURY</b>	

### KOSZTY

<b>CENA OS. /ILOŚĆ OSÓB</b>	
<b>RAZEM DO WPLATY</b>	
<b>WARUNKI PŁATNOŚCI, WYKAZ WPLAT:</b>	<b>ZALICZKA: przy zapisie w wysokości 50%, pozostała część do 30.06.2019r</b>

-Własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

-Potwierdzam, że zapoznałem się z ofertą, programem oraz warunkami uczestnictwa w imprezie oraz warunkami ubezpieczenia.

-Deklaruję, że stan zdrowia uczestnika umożliwia udział w imprezie turystycznej.

-Zwalniam lekarzy leczących uczestnika z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz zezwalam na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia. Zgoda jest ważna pod warunkiem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Przyjmujący zgłoszenie – pieczęć, podpis

.....  
Zgłaszający – czytelny podpis

**Wpłaty PCPR** .....

Wpis do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych - **nr OR/24/0010/17** ważny do 20.06.2020r.

Integralną częścią niniejszej umowy jest: program imprezy oraz warunki uczestnictwa.

Własnoręcznym podpisem stwierdzam, że zapoznałem(am) się z: programem, warunkami uczestnictwa, akceptuję je i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Data ..... Zgłaszający – czytelny podpis .....

---

W związku z udostępnieniem danych osobowych Fundacji Vademecum do celów realizacji umowy informujemy, że zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) przekazanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, a osobie, której dane dotyczą, przysługują prawa określone w ww. ustawie, w szczególności prawo przeglądania przetwarzanych danych osobowych, poprawiania ich oraz kontroli ich przetwarzania.

---

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych w tym wizerunku moich oraz pozostałych uczestników podanych w zgłoszeniu na turnus rehabilitacyjny organizowany przez Fundację Vademecum, w celu realizacji turnusu rehabilitacyjnego zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Data ..... Zgłaszający – czytelny podpis .....

---

Prezes Zarządu Fundacji Vademecum z siedziba w Zabrze, na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r Nr 101, poz 926 ze zm.) informuje, że administratorem danych osobowych uczestników turnusu jest Fundacja Vademecum z siedziba w Zabrze, przy ul. Parkowej 1. Dane, które są niezbędne do wykonywania zadań administratora będą wykorzystywane w celach opiekuńczo-edukacyjno-terapeutyczno-wychowawczych. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania. Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z obowiązującymi przepisami i z zachowaniem należytej staranności.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w spacerach, wycieczkach oraz innych imprezach organizowanych przez Fundację Vademecum w trakcie turnusu rehabilitacyjnego	Tak*	Nie*
Wyrażam zgodę na wykorzystanie numerów telefonów w sprawach mojego dziecka i pracy organizatora turnusu.	Tak*	Nie*
Wyrażam zgodę na interwencje medyczna (wezwanie pogotowia) w stosunku do mojego dziecka w przypadku braku kontaktu osobistego i telefonicznego z Rodzicem/opiekunem.	Tak*	Nie*
Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do pracy organizatora turnusu i zachowaniem bezpieczeństwa mojego dziecka/podopiecznego.	Tak*	Nie*

\* zaznacz właściwą odpowiedź

Data ..... Zgłaszający – czytelny podpis .....

---

Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne i wielokrotne utrwalenie mojego wizerunku, w formie fotografii i filmów, w ramach uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, w terminie 11.08.2019 – 24.08.2019r przez Fundację Vademecum.

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie i powielanie wykonanych zdjęć/filmów za pośrednictwem dowolnego medium w dowolnym celu zgodnym z obowiązującym prawem, włączając w to publikacje w gazetach, czasopiśmie, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, wystawach, konkursach etc. Jednocześnie zrzekam się praw związanych kontrola i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii/filmu z moim wizerunkiem oraz pozostałych uczestników turnusu rehabilitacyjnego, w terminie 11.08.2019 – 24.08.2019r przez Fundację Vademecum.

Data ..... Zgłaszający – czytelny podpis .....