

Příhláška na pobyt a čestné prohlášení - účastník

Čestné prohlášení účastníka

Přihlašuji se k účasti na pobytu

konaném ve dnech: **16. – 21. 7. 2023**

místo (adresa): **Lázně Slatinice, Penzion Majorka, 783 42 Slatinice 20**

jméno, příjmení: _____

bydliště: _____

e-mail: _____ @ _____

tel.: _____ číslo OP: _____

datum nar.: _____ číslo ZTP, ZTP-P: _____

zdravotní pojišťovna: _____

MÁM - NEMÁM (zatrhněte) uzavřenu úrazovou - životní pojistku

číslo a druh pojistky: _____

Rodné číslo: _____

(v případě neuzavřeného vlastního pojištění pro akci zajišťuje pořadatel)

dieta: ano – ne pokud ano, jaká: _____

Na pobyt se hodlám dopravit společně z NJ. ano – ne

Z pobytu hodlám dopravit společně do NJ. ano – ne

Společný oběd 16. 7. Plumlov (volbu zatrhněte):

a) Hovězí guláš s housk. knedlíkem b) Kuřecí řízek, bramborová kaše

Léčebné procedury *) dle přiloženého ceníku (do limitu 900 Kč /os.)

Název procedury	Cena
Celkem:	

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky, zapsaný spolek

Souhlasím s tím, aby pořádající organizace pořizovala během pobytu fotodokumentaci, která bude použita k prezentaci akce na veřejnosti (především na webu SONS, v časopisu ZORA a oblastním časopisu)*1.

(zatrhněte): ano – ne

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s informací o zpracování osobních údajů vis informace k pobytu.

(zatrhněte): ano – ne

Beru na vědomí, že na pobytu nebude přítomen lékař. Mám s sebou, pro případ hospitalizace vyplněnou ICE Kartu, kterou budu mít u sebe.

Podpis účastníka

Přihláška na pobyt a čestné prohlášení - průvodce

Čestné prohlášení průvodce

Přihlašuji se k účasti na pobytu

konaném ve dnech: **16. – 21. 7. 2023**

místo (adresa): **Lázně Slatinice, Penzion Majorka, 783 42 Slatinice 20**

jméno, příjmení: _____

bydliště: _____

e-mail: _____ @ _____

tel.: _____ číslo OP: _____

datum nar.: _____ číslo ZTP, ZTP-P: _____

zdravotní pojišťovna: _____

MÁM - NEMÁM (zatrhněte) uzavřenu úrazovou - životní pojistku

číslo a druh pojistky: _____

Rodné číslo: _____

(v případě neuzavřeného vlastního pojištění pro akci zajišťuje pořadatel)

dieta: ano – ne pokud ano, jaká: _____

Na pobyt se hodlám dopravit společně z NJ. ano – ne

Z pobytu hodlám dopravit společně do NJ. ano – ne

Společný oběd 16. 7. Plumlov (volbu zatrhněte):

a) Hovězí guláš s housk. knedlíkem b) Kuřecí řízek, bramborová kaše

Léčebné procedury *) dle přiloženého ceníku (do limitu 900 Kč /os.)

Název procedury	Cena
Celkem:	

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky, zapsaný spolek

Souhlasím s tím, aby pořádající organizace pořizovala během pobytu fotodokumentaci, která bude použita k prezentaci akce na veřejnosti (především na webu SONS, v časopisu ZORA a oblastním časopisu)*¹.

(zatrhněte): ano – ne

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s informací o zpracování osobních údajů vis informace k pobytu.

(zatrhněte): ano – ne

Beru na vědomí, že na pobytu nebude přítomen lékař. Mám s sebou, pro případ hospitalizace vyplněnou ICE Kartu, kterou budu mít u sebe.

Podpis průvodce