Příloha č. 2 (VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM)

Přihláška na rekondiční a rehabilitační pobyt

Čestné prohlášení účastníka, zpracování osobních údajů

Přihlašuji se k účasti na rekondičním a rehabilitačním pobytu

číslo pobytu: 17 konaném ve dnech: pondělí 3. září – neděle 9. září 2018

místo (adresa): Horské Lázně Karlova Studánka, LD Bezruč

jméno, příjmení

bydliště:

e-mail:

tel.: tel. na rod. příslušníka (v případě úrazu): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_číslo OP:

datum nar.: číslo a druh průkazu ZTP nebo ZTP-P (zatrhněte) \_\_\_\_\_\_\_\_

zdravotní pojišťovna:

MÁM - NEMÁM (zatrhněte) uzavřenu úrazovou - životní pojistku

číslo a druh pojistky:

Rodné číslo:

(v případě neuzavřeného vlastního pojištění pro akci zajišťuje pořadatel)

Telefon na rodinného příslušníka (v případě úrazu): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dieta: ano – ne pokud ano, jaká:

Prosím zatrhněte:

Na pobyt se dopravím společně mikrobusem z NJ. □ ano – ne □

Odjíždět z pobytu budu společně □ ano – ne □

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Vyžaduje-li to zdravotní stav účastníka, držitele průkazu ZTP-P. Je nutné mít na pobytu vlastního průvodce.**

**Beru na vědomí, že narehabilitačním pobytu nebude přítomen lékař.**

**Vezměte si také seznam užívaných léků, který předáte vedoucí pobytu.**

**Po ukončení akce Vám bude opět vrácen.**

Průvodce (jméno, příjmení):

bydliště:

datum narození

telefon na rod. příslušníka (v případě úrazu): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ číslo OP:

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:

**Beru na vědomí, že na rehabilitačním pobytu nebude přítomen lékař.**

**Vezměte si také seznam užívaných léků, který předáte vedoucí pobytu.**

**Po ukončení akce Vám bude opět vrácen.**

Prosím zatrhněte:

Na pobyt se dopravím společně mikrobusem z NJ. □ ano – ne □

Odjíždět z pobytu budu společně autobusem z KS. □ ano – ne □

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že je mi známo, že u pobytů dotovaných státem mohu vyčerpat pouze 21 dní v kalendářním roce a tento počet nepřekročím při účasti na tomto pobytu.

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s právy a povinnostmi účastníka akce (přílohou k přihlášce) a finančními podmínkami pro uhrazení účastnických poplatků pobytových akcí včetně storno poplatků podle směrnice SONS č. 01/2017.

Dne:

podpis účastníka:

podpis průvodce:

= = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = =

Potvrzení odborného lékaře o zdravotním postižení a doporučení k účasti na rekondičním/rehabilitačním pobytu

příjmení, jméno:

Potvrzuji, že jmenovaný/á je těžce zrakově postižen/a a doporučuji, aby se zúčastnil/a rekondičního/rehabilitačního pobytu, pořádaného Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých ČR

v termínu: 3. září – 9. září 2018

--------------------------------------------

**razítko a podpis lékaře**

Informace o zpracování osobních údajů pro účastníka rekondičního pobytu

Odevzdáním vyplněné přihlášky a přihlášením k účasti na rekondičním pobytu souhlasím se zpracováním osobních údajů **zpracovatelem, kterým je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, z.s.** IČ: 65399447, se sídlem Krakovská 1695/21, 110 00 Praha 1. Osobní údaje slouží k zajištění řádného průběhu akce. Pobyt je dotován z prostředků Ministerstva zdravotnictví ČR, i dalších zdrojů. Z důvodu kontroly dotujícími orgány, je přihláška u zpracovatele archivována **po dobu 3 let.**

Souhlasím se zveřejněním fotografií s mou osobou pořízených v rámci rekondičního pobytu za účelem prezentace a propagace této akce, a to především na webových stránkách správce, Facebooku a v periodikách pro zrakově postižené. (odpověď zaškrtněte) **□ ano – ne □**

Souhlasím se zasíláním informací o pořádaných akcích a činnosti SONS ČR, z.s. prostřednictvím emailu a to po dobu 3 let. (odpověď zaškrtněte) **□ ano – ne □**

Poskytnutý souhlas můžete kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.“

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podpis účastníka**

= = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = = =

Odevzdáním vyplněné přihlášky a přihlášením k účasti na rekondičním pobytu souhlasím se zpracováním osobních údajů **zpracovatelem, kterým je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, z.s.** IČ: 65399447, se sídlem Krakovská 1695/21, 110 00 Praha 1. Osobní údaje z přihlášky slouží k zajištění řádného průběhu akce. Pobyt je dotován z prostředků Ministerstva zdravotnictví ČR, i dalších zdrojů. Z důvodu kontroly dotujícími je přihláška u zpracovatele archivována **po dobu 3 let.**

Souhlasím se zveřejněním fotografií s mou osobou pořízených v rámci rekondičního pobytu za účelem prezentace a propagace této akce, a to především na webových stránkách správce, Facebooku a v periodikách pro zrakově postižené. (odpověď zaškrtněte) **□ ano – ne □**

Souhlasím se zasíláním informací o pořádaných akcích a činnosti SONS ČR, z.s. prostřednictvím emailu a to po dobu 3 let. (odpověď zaškrtněte) **□ ano – ne □**

Poskytnutý souhlas můžete kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.“

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podpis průvodce**