

Oświadczenie dotyczące ryzyka i odpowiedzialności prawnej / Oświadczenie i przyjęcie do wiadomości braku stosunku pracy

Przeczytaj uważnie i wypełnij wszystkie luki przed podpisaniem dokumentu

Oświadczenie i przyjęcie do wiadomości braku stosunku pracy

Rozumiem i wyrażam zgodę na to, iż Członkowie PADI ("Członkowie"), włącznie z Liamis Dive Centre i/lub poszczególni Instruktorzy/Divemasterzy PADI związani z programem, w którym biorę udział mają licencję na wykorzystywanie różnych znaków handlowych PADI i prowadzenie szkoleń PADI, ale nie są przedstawicielami, pracownikami ani agentami PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. ani ich korporacji macierzystych, zależnych czy afiliowanych ("PADI"). Rozumiem także, iż działania biznesowe Członków są niezależne i nie są własnością ani nie podlegają kierownictwu PADI, a choć PADI ustanawia standardy dla programów nurkowych PADI, nie odpowiada za ani nie posiada prawa kontroli prowadzonych przez Członków działań biznesowych oraz codziennych działań związanych z prowadzeniem programów PADI oraz nadzorowaniem nurków przez Członków lub ich kadre.

Oświadczenie dotyczące ryzyka i odpowiedzialności prawnej

Niniejsze oświadczenie informuje cię o ryzyku związanym z nurkowaniem w sprzęcie ABC. To oświadczenie określa także okoliczności, w których bierzesz udział w programie nurkowym na własne ryzyko. Twój podpis na niniejszym dokumencie jest wymagany jako dowód na to, iż otrzymałeś i przeczytałeś to oświadczenie. Ważne jest, abys przeczytał niniejsze oświadczenie przed złożeniem podpisu. Jeżeli jakiegokolwiek informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są dla Ciebie niezrozumiałe, przedyskutuj te kwestie z instruktorem. Jeśli jesteś osobą niepełnoletnią, oświadczenie musi podpisać także rodzic lub opiekun.

Ostrzeżenie

Nurkowanie w sprzęcie ABC wiąże się z ryzykiem, które może doprowadzić do poważnych obrażeń lub śmierci. Nurkowanie w sprzęcie ABC to formy aktywności wymagające intensywnego wysiłku, w związku z czym uczestnictwo w takim programie nurkowym wiąże się z wysiłkiem fizycznym. Konieczne jest, abys zgodnie z prawdą i w pełni poinformował profesjonalistów nurkowych i placówkę organizującą program odnośnie swojego stanu zdrowia.

Akceptacja Ryzyka

Rozumiem i jednocześnie wyrażam zgodę na to, iż ani profesjonalści nurkowi prowadzący niniejszy program, ani placówka, która oferuje niniejszy program, Liamis Dive Centre, ani też PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. ani organizacje stowarzyszone, ich pracownicy, urzędnicy, przedstawiciele czy pełnomocnicy nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za śmierć, jakiegokolwiek obrażenia lub straty poniesione przeze mnie, wynikające z mojego zachowania bądź jakichkolwiek innych kwestii i czynników pozostających pod moją kontrolą, składających się na zaniedbanie z mojej strony. Jeśli nie doszło do zaniedbania lub naruszenia obowiązku ze strony profesjonalistów nurkowych prowadzących niniejszy program, placówki, która oferuje niniejszy program, Liamis Dive Centre, PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. oraz wszystkich stron określonych powyżej, udział w niniejszym programie odbywa się całkowicie na moje własne ryzyko.

POTWIERDZAM ODBIÓR NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA I PRZYJĘCIA DO WIADOMOŚCI BRAKU STOSUNKU PRACY ORAZ OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCEGO RYZYKA I ODPOWIEDZIALNOŚCI, TYM SAMYM POTWIERDZAJĄC, IŻ PRZECZYTAŁEM WSZYSTKIE WARUNKI PRZED PODPISANIEM NINIEJSZYCH OŚWIADCZEŃ.

Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Podpis uczestnika

Data (Dzień/Miesiąc/Rok)

Podpis rodzica/opiekuna (jeśli ma zastosowanie)

Data (Dzień/Miesiąc/Rok)

Kwestionariusz medyczny

Odpowiedz TAK lub NIE na poniższe pytania dotyczące twojego przeszłego i obecnego stanu zdrowia. Jeśli nie jesteś pewny, zaznacz odpowiedź TAK.

- Czy regularnie bierzesz lekarstwa na receptę lub bez recepty? (nie dotyczy środków antykoncepcyjnych oraz prewencji przeciwko malarii) _____
- Czy mają Państwo ze sobą na statku własne lekarstwa? _____

Czy kiedykolwiek miałeś lub masz obecnie...

- Epilepsję, ataki, konwulsje lub zażywasz lekarstwa, aby im zapobiegać? _____
- Omdlenia i utratę przytomności (częściowe lub całkowite)? _____
- Często lub okresowo cierpisz na chorobę lokomocyną (morską lub podczas jazdy samochodem)?

- Choroby serca, Zawał serca, dusznicę bolesną, operację serca, naczyń krwionośnych?

- Czy mają Państwo jakiegokolwiek alergię? _____ Jeśli tak to jakiego rodzaju?

Czy potrafisz Państwo pływać? **TAK** **NIE**

Podane przeze mnie informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą. Wyrażam zgodę na przejęcie odpowiedzialności za przeoczenie przeze mnie jakichkolwiek byłych lub obecnych warunków medycznych.

Imię i nazwisko uczestnika _____

Data urodzin _____ Wiek _____ Płeć: kobieta , mężczyzna

Adres _____

Miasto _____ Stan _____

Państwo _____ Kod pocztowy _____

Email _____

Hotel _____ Room number _____

OSOBA, KTÓRA NALEŻY POWIADOMIĆ W SYTUACJI AWARYJNEJ

Imię i nazwisko _____ Pokrewieństwo _____

Telefon (_____) _____