Pořadatelem je SD ČR Plzeň, pobočný spolek spolu s Diabetologickým centrem FN Plzeň

Místo konání:

Termín konání:

Pořadové číslo přihlášky :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  | V termínu |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno |  | Příjmení |  Titul |
| Datum narození |  | Bydliště |  |
| Telefon  |   | E-mail |  |
| Ošetřující diabetolog |  | Zdravotní pojišťovna |  |
| Nečlen SD ČR \*) |  | Člen SD ČR od \*) |  |
| Kontakt na příbuzné |  |  |  |
| Úrazové pojištění | mám \*) nemám \*) | Číslo pojistky |  |
|  |  |  |  |

Rekondiční a edukační pobyt se zdravotním programem pro diabetiky (dále jen REP) je součástí zdravotní péče o diabetika (nelze zaměňovat za rekreaci). V místě pobytu je zajištěn lékařský dohled, ubytování, strava, pohybová aktivita dle propozic, které dostanete cca 30 dní před odjezdem Je dotován finančními prostředky ze státní dotace, proto je povinnost zúčastnit se všech plánovaných akcí v průběhu REP, dovolí – li to aktuální zdravotní stav účastníka. Cena pobytu bez dotace je………………………….Kč… s dotací cca………………… Kč

Z  důvodu zajištění dostatečného počtu účastníků a organizačních záležitostí Vás žádáme o zaslání zálohového poplatku ve výši………………Kč do jednoho týdne od podepsání této závazné přihlášky na náš účet **263163792/0300 . Jako variabilní symbol uveďte pořadové číslo této přihlášky.** Záloha Vám bude odečtena od celkové ceny pobytu..

Konečný seznam účastníků určí vedoucí lékař REP .V případě omluvy Vaší neúčasti na REP do jednoho měsíce před zahájením Vám bude záloha vrácena ,v termínu neúčasti do 10 dnů před zahájením bude vrácená částka krácena o 50% a v kratším termínu než 10 dnů před odjezdem je záloha nevratná. Výjimku tvoří nemoc účastníka nebo vážn rodinné důvody ( obojí je nutné doložit ). V sporných případech rozhodne výbor

 **Místopřísežné prohlášení**

Beru na vědomí, že v případě nedostatečného počtu účastníků může být REP zrušen a záloha bude vrácena. Prohlašuji, že jsem se v letošním roce:

1. se žádnou organizací osob se zdravotním postižením nezúčastni l /a REP \*),
2. zúčastnil/a jsem se REP v trvání ……… dnů \*).

\*) Nehodící se škrtněte.

V souvislosti s úpravami legislativy ( Obecné nařízení č.2016/679 o ochraně osobních údajů (GDPR) připomínáme, že při používání našich služeb s námi sdílíte informace osobního charakteru ( jméno, přijmení, bydliště, věk, pohlaví, fotografie z akcí pořádaných svazem ). Svým podpisem stvrzujete souhlas , s používáním těchto údajů nutných k zajištění dotací, zvaní na akce a další naše služby pro Vás. ,který však můžete kdykoli odvolat.

V …………………………. dne ………………………

 ………………………………………

 podpis zájemce