

Prihlásil som sa na preteky PSOTKOV MEMORIÁL, ktoré sa budú konať dňa 14.10.2024.

Som si vedomý/á a prehlasujem, že:

- som sa zoznámil/a s podmienkami účasti, traťou a bezpečnostnými predpismi, ktoré sa zaväzujem dodržiavať. Rovnako sa zaväzujem uposlúchnuť pokyny organizátorov počas pretekov.
- beriem na vedomie náročnosť pretekov, dĺžku a prevýšenie trate, a som zodpovedajúco pripravený/á
- mám poistenie na zásah HZS, platné počas celej doby trvania pretekov
- nie je mi známa žiadna prekážka v mojom zdravotnom stave, ktorá by mi v účasti na pretekoch bránila
- zúčastňujem sa pretekov na vlastné nebezpečenstvo a zodpovednosť, vrátane akýchkoľvek zdravotných problémov a úrazov, ktoré ma v súvislosti s týmito pretekmi postihnú
- nesiem plnú zodpovednosť za prípadnú škodu spôsobenú na zdraví alebo na veciach, ktorú spôsobím mojim konaním, alebo vznikne mojím zavinením usporiadateľovi, ďalším pretekárom alebo tretím osobám pred, počas a po pretekoch
- usporiadatelia nenesú žiadnu zodpovednosť za prípadné moje zranenie behom pretekov
- týmto dávam povolenie a výslovný súhlas podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov organizátorovi podujatia občianskému združeniu PSOTKOV MEMORIÁL a nemu povereným osobám na spracovanie mojich osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, adresa, rok narodenia, telefónne číslo, emailová adresa pre účely evidencie účastníkov, zabezpečenie merania času a evidencie výsledkov, ako aj použitie môjho čísla mobilného telefónu za účelom kontaktovania v prípade situácie ohrozujúcej bezpečnosť a/alebo zdravie počas pretekov, resp. v inom nevyhnutnom prípade, použitie mojej emailovej adresy za účelom zasielania informácií pred a po pretekoch, použitie fotografických, zvukových a obrazových záznamov zhotovených organizátorom podujatia alebo inými osobami najmä za účelom použitia v médiách, na webe, v propagačných materiáloch podujatia, a to bez náhrady a bez obmedzenia vecného, časového a/alebo územného rozsahu.

Toto prehlásenie som čítal, rozumiem mu a v plnej miere s ním súhlasím, na znak čoho ho vlastnoručne podpisujem.

Meno a priezvisko:

Narodená/ý:

Bytom:

Som poistencom zdravotnej poisťovne:

Dátum:

Podpis: