

UMOWA - ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA OBOZU

Zawarta dnia pomiędzy: Organizatorem: **FUNDACJA POKOLENIE PRZYSZŁOŚCI**
siedziba: ul. Wiolinowa 2/42, 02-785 Warszawa
NIP: 9512451325, REGON: 368922929, tel. 504-179-348, 519-527-171

a Zgłaszającym:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Email....., Telefon kontaktowy

Dane uczestnika obozu:

Imię i nazwisko.....
Pesel..... Data urodzenia.....
Adres zamieszkania

Proszę o umieszczenie mojego dziecka/podopiecznego na liście uczestników OBOZU KIDS/JUNIOR w Poroninie, w terminie od 2 – 9 lutego 2019.

Koszt obozu słownie:.....

Termin wpłaty zaliczki: do 7 dni od daty zgłoszenia uczestnika **w kwocie: 500 zł. Zaliczka nie podlega zwrotowi.**

II – rata – pozostała kwota płatna najpóźniej 14 dni przed rozpoczęciem imprezy.

Numer konta: MBANK 19 1140 2004 0000 3302 7734 8967

Tytułem: I rata - zaliczka obóz KIDS/JUNIOR lub II rata - pozostała kwota na obóz KIDS/JUNIOR imię i nazwisko dziecka.

Dane do wystawienia faktury:

.....
Jednocześnie przypominamy, iż ostateczny termin wystawienia faktury VAT to 15 dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zakończenie imprezy zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług oraz podatku dochodowym.

OŚWIADCZENIE

1. W przypadku zagrożenia zdrowia lub życia **wyrażam/nie wyrażam*** zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem i hospitalizacją mojego dziecka przez kierownika lub opiekunów w czasie trwania kolonii/obozu.

2. Inne istotne informacje, które rodzice/opiekunowie chcą przekazać organizatorowi, np.: diety/uczulenia/w razie gorączki lub przeziębienia, proszę podać:

Upoważnienie do podawania leków na stałe**

Ja legitymująca/y się dowodem osobistym nr
biorąc pełną odpowiedzialność, upoważniam kadrę pedagogiczną w/w kolonii/obozu do podawania specjalistycznych leków, które mój syn/córka przyjmuje na stałe. Jednocześnie oświadczam, iż przekazałam/em dokładne wytyczne dotyczące ich dawkowania.

1., 2.
nazwa leku dawkowanie nazwa leku dawkowanie

Ja niżej podpisany/a, jako rodzic/opiekun uczestnika imprezy oświadczam, że zapoznałem/łam się z regulaminem i akceptuję go własnoręcznym podpisem, zobowiązuję się także do uregulowania pełnej należności w wyznaczonym terminie.

.....
data i podpis osoby zgłaszającej

.....
data, podpis i pieczęć organizatora

*niepotrzebne skreślić

**wypełnić w przypadku podawania na stałe leków