**Klub Sportowy „ZDROWIE”**

# rejestru SKF Powiatu Pruszkowskiego nr 21

## NIP 113-14-66-892, Regon 010215804, Tel. 606209103, 600894690

**e-mail:** zdrowie@o2.pl , kszdrowie@gmail.com, www.klubsportowyzdrowie.pl

## Oddział - I

**Michałowice 05-816 ul. Św. Antoniego 2 DEKLARACJA CZŁONKOWSKA na okres**

**03.08 – 09.08.2023 lub 09.08 – 15.08.2023**

### imię i nazwisko ……………………………………………………….

okres członkostwa (kliknij, aby wybrać termin)

### nr pesel ………………………. data urodzenia …………………………

adres zamieszkania ul. ……………………….. nr ………………………..

kod ……………………. miejscowość …………………………………..

tel. ……………………….. e-mail ……………………………………….

**Oświadczenie o stanie zdrowia uczestnika obozu.**

Uczestnik jest **ZDROWY** i będzie brał udział w zajęciach (treningach) za moją zgodą i na moją odpowiedzialność, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

**Wysokość składki członkowskiej wynosi 150,00 zł. / 1 zł składka przedszkolak. Składkę członkowską wpłacamy na konto klubowe nr**

**58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

z dopiskiem składka członkowska.

....................... .......................................... ..........................................

/ data i miejsce / / czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego/

**Uwaga!**

**Za wpłaconą składkę członkowską nie wystawiamy faktur , na żądanie Klub może wystawić Notę Księgową.**

**Przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Klub Sportowy ZDROWIE z siedzibą w Michałowicach 05-816 ul. Św. Antoniego 2,

danych osobowych członka Klubu – uczestnika obozu sportowego.

(kliknij tutaj, aby wprowadzić datę) ……………………………….

/data imię i nazwisko wyrażającego zgodę/

 podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w obozie.

Sytuacje w których Klub jest zobowiązany do przekazywania danych:

* dane osobowe przekazywane do ubezpieczenia NNW,
* listy meldunkowe w sytuacjach kiedy jest to wymagane,
* opieka medyczna (lekarz, przychodnia zdrowia, szpital),
* wystawianie faktur,
* sprawozdawczość finansowa.

**Informacje dodatkowe.**

Rejestracja zbiorów danych w **GIODO.**

Zgodnie z Art.43 ustawy o ochronie danych osobowych.

Nie ma obowiązku rejestrowania zbiorów danych osób zrzeszonych (członków naszego Klubu).

Zbiory przechowywane są przez 6 lat, następnie trwale niszczone.

Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka na zdjęciach i nagraniach wideo zarejestrowanych podczas trwania obozu, na stronie internetowej Klubu Sportowego ZDROWIE, w profilach Klubu Sportowego ZDROWIE, w mediach społecznościowych, w prasie i telewizji oraz innych mediach. Przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i dokumentowania działalności Klubu Sportowego ZDROWIE oraz promocji i dokumentowaniu obozu. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

Brak zgody nie wyklucza możliwości rozpowszechniania fotografii i nagrań wideo, do których stosuje się art. 81 ust. 2 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

............................................................................

**Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego**

**Klub Sportowy „ZDROWIE”**

# rejestru SKF Powiatu Pruszkowskiego nr 21

## NIP 113-14-66-892, Regon 010215804, Tel. 606209103, 600894690

**e-mail:** zdrowie@o2.pl , kszdrowie@gmail.com, www.klubsportowyzdrowie.pl

## Oddział - I

**Michałowice 05-816 ul. Św. Antoniego 2 DEKLARACJA CZŁONKOWSKA na okres**

**03.08 – 09.08.2023 lub 09.08 – 15.08.2023**

### imię i nazwisko ……………………………………………………….

okres członkostwa (kliknij, aby wybrać termin)

### nr pesel ………………………. data urodzenia …………………………

adres zamieszkania ul. ……………………….. nr ………………………..

kod ……………………. miejscowość …………………………………..

tel. ……………………….. e-mail ……………………………………….

**Oświadczenie o stanie zdrowia uczestnika obozu.**

Uczestnik jest **ZDROWY** i będzie brał udział w zajęciach (treningach) za moją zgodą i na moją odpowiedzialność, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

**Wysokość składki członkowskiej wynosi 150,00 zł. / 1 zł składka przedszkolak. Składkę członkowską wpłacamy na konto klubowe nr**

**58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

z dopiskiem składka członkowska.

....................... .......................................... ..........................................

/ data i miejsce / / czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego/

**Uwaga!**

**Za wpłaconą składkę członkowską nie wystawiamy faktur , na żądanie Klub może wystawić Notę Księgową.**

**Przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Klub Sportowy ZDROWIE z siedzibą w Michałowicach 05-816 ul. Św. Antoniego 2,

danych osobowych członka Klubu – uczestnika obozu sportowego.

(kliknij tutaj, aby wprowadzić datę) ……………………………….

/data imię i nazwisko wyrażającego zgodę/

 podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w obozie.

Sytuacje w których Klub jest zobowiązany do przekazywania danych:

* dane osobowe przekazywane do ubezpieczenia NNW,
* listy meldunkowe w sytuacjach kiedy jest to wymagane,
* opieka medyczna (lekarz, przychodnia zdrowia, szpital),
* wystawianie faktur,
* sprawozdawczość finansowa.

**Informacje dodatkowe.**

Rejestracja zbiorów danych w **GIODO.**

Zgodnie z Art.43 ustawy o ochronie danych osobowych.

Nie ma obowiązku rejestrowania zbiorów danych osób zrzeszonych (członków naszego Klubu).

Zbiory przechowywane są przez 6 lat, następnie trwale niszczone.

Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka na zdjęciach i nagraniach wideo zarejestrowanych podczas trwania obozu, na stronie internetowej Klubu Sportowego ZDROWIE, w profilach Klubu Sportowego ZDROWIE, w mediach społecznościowych, w prasie i telewizji oraz innych mediach. Przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i dokumentowania działalności Klubu Sportowego ZDROWIE oraz promocji i dokumentowaniu obozu. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

Brak zgody nie wyklucza możliwości rozpowszechniania fotografii i nagrań wideo, do których stosuje się art. 81 ust. 2 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

............................................................................

**Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego**

**Klub Sportowy „ZDROWIE”**

# rejestru SKF Powiatu Pruszkowskiego nr 21

## NIP 113-14-66-892, Regon 010215804, Tel. 606209103, 600894690

**e-mail:** zdrowie@o2.pl , kszdrowie@gmail.com, www.klubsportowyzdrowie.pl

## Oddział - I

**Michałowice 05-816 ul. Św. Antoniego 2 DEKLARACJA CZŁONKOWSKA na okres**

**03.08 – 09.08.2023 lub 09.08 – 15.08.2023**

### imię i nazwisko ……………………………………………………….

okres członkostwa (kliknij, aby wybrać termin)

### nr pesel ………………………. data urodzenia …………………………

adres zamieszkania ul. ……………………….. nr ………………………..

kod ……………………. miejscowość …………………………………..

tel. ……………………….. e-mail ……………………………………….

**Oświadczenie o stanie zdrowia uczestnika obozu.**

Uczestnik jest **ZDROWY** i będzie brał udział w zajęciach (treningach) za moją zgodą i na moją odpowiedzialność, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

**Wysokość składki członkowskiej wynosi 150,00 zł. / 1 zł składka przedszkolak. Składkę członkowską wpłacamy na konto klubowe nr**

**58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

z dopiskiem składka członkowska.

....................... .......................................... ..........................................

/ data i miejsce / / czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego/

**Uwaga!**

**Za wpłaconą składkę członkowską nie wystawiamy faktur , na żądanie Klub może wystawić Notę Księgową.**

**Przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Klub Sportowy ZDROWIE z siedzibą w Michałowicach 05-816 ul. Św. Antoniego 2,

danych osobowych członka Klubu – uczestnika obozu sportowego.

(kliknij tutaj, aby wprowadzić datę) ……………………………….

/data imię i nazwisko wyrażającego zgodę/

 podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w obozie.

Sytuacje w których Klub jest zobowiązany do przekazywania danych:

* dane osobowe przekazywane do ubezpieczenia NNW,
* listy meldunkowe w sytuacjach kiedy jest to wymagane,
* opieka medyczna (lekarz, przychodnia zdrowia, szpital),
* wystawianie faktur,
* sprawozdawczość finansowa.

**Informacje dodatkowe.**

Rejestracja zbiorów danych w **GIODO.**

Zgodnie z Art.43 ustawy o ochronie danych osobowych.

Nie ma obowiązku rejestrowania zbiorów danych osób zrzeszonych (członków naszego Klubu).

Zbiory przechowywane są przez 6 lat, następnie trwale niszczone.

Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka na zdjęciach i nagraniach wideo zarejestrowanych podczas trwania obozu, na stronie internetowej Klubu Sportowego ZDROWIE, w profilach Klubu Sportowego ZDROWIE, w mediach społecznościowych, w prasie i telewizji oraz innych mediach. Przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i dokumentowania działalności Klubu Sportowego ZDROWIE oraz promocji i dokumentowaniu obozu. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

Brak zgody nie wyklucza możliwości rozpowszechniania fotografii i nagrań wideo, do których stosuje się art. 81 ust. 2 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

............................................................................

**Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego**

**Klub Sportowy „ZDROWIE”**

# rejestru SKF Powiatu Pruszkowskiego nr 21

## NIP 113-14-66-892, Regon 010215804, Tel. 606209103, 600894690

**e-mail:** zdrowie@o2.pl , kszdrowie@gmail.com, www.klubsportowyzdrowie.pl

## Oddział - I

**Michałowice 05-816 ul. Św. Antoniego 2 DEKLARACJA CZŁONKOWSKA na okres**

**03.08 – 09.08.2023 lub 09.08 – 15.08.2023**

### imię i nazwisko ……………………………………………………….

okres członkostwa (kliknij, aby wybrać termin)

### nr pesel ………………………. data urodzenia …………………………

adres zamieszkania ul. ……………………….. nr ………………………..

kod ……………………. miejscowość …………………………………..

tel. ……………………….. e-mail ……………………………………….

**Oświadczenie o stanie zdrowia uczestnika obozu.**

Uczestnik jest **ZDROWY** i będzie brał udział w zajęciach (treningach) za moją zgodą i na moją odpowiedzialność, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

**Wysokość składki członkowskiej wynosi 150,00 zł. / 1 zł składka przedszkolak. Składkę członkowską wpłacamy na konto klubowe nr**

**58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

z dopiskiem składka członkowska.

....................... .......................................... ..........................................

/ data i miejsce / / czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego/

**Uwaga!**

**Za wpłaconą składkę członkowską nie wystawiamy faktur , na żądanie Klub może wystawić Notę Księgową.**

**Przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Klub Sportowy ZDROWIE z siedzibą w Michałowicach 05-816 ul. Św. Antoniego 2,

danych osobowych członka Klubu – uczestnika obozu sportowego.

(kliknij tutaj, aby wprowadzić datę) ……………………………….

/data imię i nazwisko wyrażającego zgodę/

 podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w obozie.

Sytuacje w których Klub jest zobowiązany do przekazywania danych:

* dane osobowe przekazywane do ubezpieczenia NNW,
* listy meldunkowe w sytuacjach kiedy jest to wymagane,
* opieka medyczna (lekarz, przychodnia zdrowia, szpital),
* wystawianie faktur,
* sprawozdawczość finansowa.

**Informacje dodatkowe.**

Rejestracja zbiorów danych w **GIODO.**

Zgodnie z Art.43 ustawy o ochronie danych osobowych.

Nie ma obowiązku rejestrowania zbiorów danych osób zrzeszonych (członków naszego Klubu).

Zbiory przechowywane są przez 6 lat, następnie trwale niszczone.

Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka na zdjęciach i nagraniach wideo zarejestrowanych podczas trwania obozu, na stronie internetowej Klubu Sportowego ZDROWIE, w profilach Klubu Sportowego ZDROWIE, w mediach społecznościowych, w prasie i telewizji oraz innych mediach. Przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i dokumentowania działalności Klubu Sportowego ZDROWIE oraz promocji i dokumentowaniu obozu. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

Brak zgody nie wyklucza możliwości rozpowszechniania fotografii i nagrań wideo, do których stosuje się art. 81 ust. 2 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

............................................................................

**Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego**

**ZOBOWIĄZANIE UCZESTNICTWA W OBOZIE SPORTOWYM**

**Uczestnicy obozu członkowie KS ZDROWIE:**

1. **Imię Nazwisko** ………………………………….
2. **Imię Nazwisko** …………………………………..
3. **Imię Nazwisko** ………………………………….
4. **Imię Nazwisko** ……………………………………..

reprezentowany przez **Opiekuna:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: ………………………. |  |
| Proszę o wystawienie faktury (Wybierz) | Jeśli tak to proszę podać dane odbiorcy faktury:pesel ………………………………………….imię nazwisko i adres …………………………………. |
|  | Jeśli faktura na firmę to dane wraz z nr NIP …………………………. |
| e – mail / PROSZĘ O CZYTELNY WPIS/: | Faktura zostanie przesłana na adres e-mail …………………………………………. |

**§ 1. Terminy, miejsce i program obozów sportowo – szkoleniowych:**

03.08.2023 – 09.08.2023 r. turnus R5 zwany dalej obozem lub

09.08.2023 – 15.08.2023 r. turnus R6 zwany dalej obozem

Miejsce prowadzenia obozu: Sarbinowo, ośrodek „BESKID” ul. Nadmorska 95

Szczegółowy program Obozu określa broszura informacyjna dotycząca Obozu, lub informacja dostępna na stronie internetowej Klubu [www.](http://www.zdrowie24.info/)klubsportowyzdrowie.pl zakładka obozy sportowe (zwana dalej "**Broszurą**"), stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszego zobowiązania.

Uczestnik i/lub działający w jego imieniu Opiekun oświadczają, że zapoznali się z treścią Broszury oraz Warunkami Uczestnictwa obowiązującymi w **KS "Zdrowie".** Warunki Uczestnictwa oraz Broszura, stanowią integralną część niniejszego zobowiązania.

**§ 2. Zgłoszenie uczestnictwa w Obozie i odpłatność za Obóz**

Uczestnik i/lub działający w jego imieniu Opiekun niniejszym zgłasza udział w Obozie w następującym

**Wariancie:**

 🡪 Uczestnik 1: B - bez transportu

 🡪 Uczestnik 2: B - bez transportu

 🡪 Uczestnik 3: B - bez transportu

 🡪 Uczestnik 4: B - bez transportu

**oraz wybiera program sportowy:**

 🡪 Uczestnik 1: (wybierz program)

 🡪 Uczestnik 2: Wybierz program

 🡪 Uczestnik 3: Wybierz program

 🡪 Uczestnik 4: Wybierz program

 KS "Zdrowie" niniejszym przyjmuje zgłoszenie Uczestnika a Uczestnik lub jego Opiekun zobowiązuje się do wykorzystania całego pakietu świadczeń zapewnionych przez KS "Zdrowie" w danym Wariancie oraz do uregulowania odpłatności za Obóz zgodnie z postanowieniami niniejszego zobowiązania oraz Warunkami Uczestnictwa.

Uczestnik zgłasza następujące wymagania specjalne odnośnie programu i warunków Obozu:

**§ 3. Odpłatność za Obóz**

Odpłatność za Obóz wynosi odpowiednio:

1. **dla osoby dorosłej:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PAWILON C** |
| **Wariant obozu** | **Cena obozu** | **Skł. członk.** | **Łącznie** |
| **B - bez transportu** | 1470,00 zł. | 150,00 zł. | **1620,00 zł.** |
|  |  | **PAWILON D** |  |
| **B - bez transportu** | 1300,00 | 150,00 zł. | **1450,00 zł.** |

1. **dla dzieci od 6 lat**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PAWILON C** |
| **Wariant obozu** | **Cena obozu** | **Skł. członk.** | **Łącznie** |
| **B - bez transportu** | 1500,00 zł. | 150,00 zł. | **1650,00 zł.** |
|  |  | **PAWILON D** |  |
| **B - bez transportu** | 1350,00 zł. | 150,00 zł. | **1500,00 zł.** |

1. **dla przedszkolaka**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PAWILON C** |
| **Wariant obozu** | **Cena obozu** | **Skł. członk.** | **Łącznie** |
| **B - bez transportu** | 1399,00 zł. | 1,00 zł. | **1400,00 zł.** |
|  |  | **PAWILON D** |  |
| **B - bez transportu** | 1249,00 zł. | 1,00 zł | **1250,00 zł.** |

**Proszę podać cenę wybranego obozu:**

[ ]  osoba dorosła (Wybierz kwotę) ; (Wybierz kwotę)

 [ ]  dziecko od 6 lat (Wybierz kwotę); (Wybierz kwotę);

☐ przedszkolak (Wybierz kwotę); (Wybierz kwotę);

Opłaty za obóz i składkę członkowską wpłacamy na konto nr:

 **58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

Harmonogram wpłat wariant bez transportu Pawilon C:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Rodzic** | **Dzieci od 6 lat** | **Przedszkolak 3 – 5 lat** |
| **1. wpłata rezerwacja wstępna** | 200,00 zł | 200,00 zł | 200,00 zł |
| **2. wpłata do 28.03.2023** | 200,00 zł | 200,00 zł | 200,00 zł |
| **3. wpłata do 28.04.2023** | 200,00 zł | 200,00 zł | 200,00 zł |
| **4. wpłata do 28.05.2023** | 300,00 zł | 300,00 zł | 300,00 zł |
| **5. wpłata do 28.06.2023** | 300,00 zł | 300,00 zł | 300,00 zł |
| **6. wpłata do 28.07.2023** | 270,00 zł | 300,00 zł | 199,00 zł |
| **7. wpłata do 28.07.2023 składka członkowska** | 150,00 zł | 150,00 zł | 1,00 zł |

w imieniu zarządu KS „ZDROWIE” w imieniu Uczestnika

Prezes Klubu Jarosław Gajek

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

/ data i podpis / / data i podpis /

#####  WARUNKI UCZESTNICTWA W OBOZACH ORGANIZOWANYCH PRZEZ KS „ZDROWIE”

**§ 1 Definicje**

Użyte w niniejszych Warunkach Uczestnictwa definicje oznaczają:

1. „Broszura” oznacza broszurę, lub informację umieszczoną na stronie internetowej [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl/)

zawierającą szczegółowy program oraz pozostałe warunki Obozu, stanowiącą załącznik nr 1 do zobowiązania;

1. „Obóz” oznacza obóz sportowo – rekreacyjny, o którym mowa w § 1,2,3 zobowiązania;
2. „Odpłatność za Obóz” oznacza odpłatność za Obóz uiszczaną w wysokości, określonej zgodnie z § 3 zobowiązania;
3. „Opiekun” – rodzic lub opiekun prawny małoletniego Uczestnika Obozu;
4. „Ubezpieczenie” oznacza ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków z wyłączeniem ubezpieczenia mienia;
5. „Zobowiązanie” oznacza zobowiązanie uczestnictwa w Obozie organizowanym przez KS „Zdrowie” a Uczestnikiem i/lub jego Opiekunem;
6. „Wariant” oznacza jeden z wariantów uczestnictwa w Obozie, o których mowa w § 2 Zobowiązania;
7. „KS „Zdrowie” oznacza Klub Sportowy „Zdrowie” z siedzibą w Michałowice 05-816 ul. Świetego Antoniego 2

##### § 2 Uczestnictwo w Obozie i Odpłatność za Obóz

1. Zarezerwowanie miejsca na obozie następuje przez podpisanie zobowiązania i deklaracji członkowskiej przez Uczestnika lub Opiekuna i osoby upoważnionej ze strony KS „Zdrowie”
2. **Aby zobowiązanie było wiążące obie strony Uczestnik i/lub jego Opiekun musi dokonać przedpłatę w wysokości 800 zł. (lub kwotę 400 zł. przy wyjazdach 6 dniowych)**
3. Wpłata pozostałej części Odpłatności za Obóz powinna zostać uiszczona przez Uczestnika lub jego Opiekuna zgodnie z harmonogramem wpłat.
4. Wpłaty, o których mowa w § 2 ust. 2 i 3 powyżej należy dokonywać na rachunek KS „Zdrowie”:

Volkswagen Bank direct

Nr rachunku: **58 2130 00042001026489620001**

1. Za datę płatności uznaje się dzień wpłynięcia środków pieniężnych na rachunek, o którym mowa w § 2 ust. 4 powyżej.

##### Niewywiązanie się przez Uczestnika lub jego Opiekuna z obowiązku Odpłatności za Obóz zgodnie z niniejszym § 2 uznaje się za rezygnację z uczestnictwa w Obozie, o której mowa w § 6 ust. 3 poniżej.

**§ 3 Ubezpieczenie**

1. KS „Zdrowie” zapewnia Ubezpieczenie Uczestników i Opiekunów biorących udział w Obozie, z sumą ubezpieczeniową do wysokości 5.000 zł.
2. Ubezpieczenie, o którym mowa w § 3 ust. 1 powyżej nie obejmuje nieszczęśliwych wypadków powstałych w trakcie dojazdu własnego Uczestnika lub Opiekuna do miejsca Obozu.

##### § 4 Zmiana programu lub warunków Obozu

1. KS „Zdrowie” zastrzega sobie prawo do zmiany programu i/lub warunków Obozu określonych w Broszurze przed rozpoczęciem Obozu, jeżeli zmiana spowodowana jest okolicznościami niezależnymi od KS „Zdrowie”.
2. W razie zmiany programu i/lub warunków Obozu Uczestnik lub jego Opiekun ma prawo:
	1. przyjąć proponowaną zmianę programu Obozu,
	2. uczestniczyć w innym obozie sportowo – rekreacyjnym organizowanym przez KS „Zdrowie” o tym samym lub wyższym standardzie, albo odstąpić od Umowy za natychmiastowym zwrotem całości uiszczonej Odpłatności za Obóz.
3. Zmiana programu i/lub warunków Obozu, o której mowa w § 4 ust. 1 powyżej może polegać na podwyższeniu Odpłatności za Obóz, z tym, że podwyższenie to nie może nastąpić później niż na 20 dni przed datą wyjazdu na Obóz.
4. W przypadku podwyższenia Odpłatności za Obóz zgodnie z § 4 ust. 3 powyżej, KS „Zdrowie” jest obowiązany udokumentować jedną z poniższych okoliczności:
	1. wzrost kosztów transportu;
	2. wzrost opłat urzędowych, podatków lub opłat należnych za takie usługi, jak lotniskowe, załadunkowe lub przeładunkowe w portach morskich i lotniczych;
	3. wzrost kursów walut.

##### § 5 Odwołanie Obozu

1. KS „Zdrowie” zastrzega sobie prawo odwołania Obozu w przypadku, gdy na trzydzieści (30) dni przed datą rozpoczęcia Obozu liczba zgłoszonych Uczestników jest mniejsza niż 50 % miejsc.
2. O odwołaniu Obozu KS „Zdrowie” zawiadamia Uczestnika lub jego Opiekuna pisemnie najpóźniej na piętnaście (15) dni przed datą rozpoczęcia Obozu.
3. KS „Zdrowie” może odwołać Obóz w każdym terminie, jeżeli jego przeprowadzenie jest niemożliwe z powodu siły wyższej.

##### strona 1

**§ 6 Rezygnacja z udziału w Obozie**

1. Z zastrzeżeniem § 5 ust. 2 pkt. 2) powyżej, w przypadku rezygnacji Uczestnika i/lub jego Opiekuna

z udziału w Obozie, KS

„Zdrowie” dokonuje potrąceń tytułem poniesionych kosztów za poczynione czynności, rezerwacje itp. Wysokość potrąceń uzależniona jest od terminu złożenia rezygnacji i wynosi odpowiednio:

* 1. 70 % uiszczonej Odpłatności za Obóz w przypadku rezygnacji na 17 dni przed dniem rozpoczęcia

Obozu lub wcześniej;

* 1. 50 % uiszczonej Odpłatności za Obóz w przypadku rezygnacji nie wcześniej niż 31 i nie później niż 18 dni przed dniem rozpoczęcia Obozu; oraz
1. Rezygnację Uczestnik i/lub jego Opiekun zgłasza na piśmie.
2. Nie zgłoszenie się na Obóz w dniu rozpoczęcia Obozu lub rezygnacja bez zachowania formy pisemnej, niezależnie od przyczyn, równoznaczna jest z rezygnacją bez prawa do jakiegokolwiek zwrotu uiszczonej Odpłatności za Obóz.

##### § 7 Reklamacje

1. W razie wystąpienia uchybień i niedociągnięć podczas Obozu, Uczestnik i/lub jego Opiekun ma prawo zażądać

usunięcia usterek.

1. W przypadku braku możliwości usunięcia usterek, o których mowa w § 7 ust. 1 powyżej, Uczestnik i/lub jego Opiekun ma prawo zgłosić zastrzeżenia w siedzibie oddziału KS „Zdrowie”, w ciągu siedmiu (7) dni po powrocie z Obozu.

##### § 8 Odpowiedzialność KS „Zdrowie”

1. KS „Zdrowie” ponosi odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie Zobowiązania jest spowodowane wyłącznie:
	1. działaniem lub zaniechaniem Uczestnika i/lub jego Opiekuna;
	2. działaniem lub zaniechaniem osób trzecich nie uczestniczących w wykonaniu Zobowiązania, jeżeli tych działań lub zaniechań nie można było przewidzieć ani uniknąć;
	3. siłą wyższą.
2. Odpowiedzialność KS „Zdrowie” z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania Zobowiązania jest ograniczona do dwu krotności Odpłatności za Obóz. Ograniczenie to nie dotyczy szkód na osobie.

##### § 9 Przeniesienie uczestnictwa w Obozie

1. Uczestnik i/lub jego Opiekun może bez zgody KS „Zdrowie” przenieść na osobę spełniającą warunki udziału w Obozie wszystkie przysługujące mu z tytułu zobowiązania uprawnienia, jeżeli jednocześnie osoba ta przejmuje wszystkie wynikające z zobowiązania obowiązki. Osoba ta wskazana musi być tej samej płaci i w podobnym wieku do Uczestnika i/lub Opiekuna odstępującego.
2. Przeniesienie uprawnień i przejęcie obowiązków, o którym mowa w § 9 ust. 1 powyżej jest skuteczne, jeżeli Uczestnik i/lub jego Opiekun zawiadomi KS „Zdrowie” na piętnaście (15) dni przed rozpoczęciem Obozu.
3. Za nieuiszczoną część Odpłatności za Obóz oraz koszty poniesione przez KS „Zdrowie” w wyniku zmiany, Uczestnik i/lub jego Opiekun oraz osoba przejmująca jego uprawnienia odpowiadają solidarnie.

##### § 10 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Zobowiązaniem i niniejszymi Warunkami Uczestnictwa, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.
2. Ustala się, jako miejscowo właściwy do rozstrzygnięcia ewentualnych sporów, Sąd najbliższy siedziby KS „Zdrowie”
3. Uczestnik i/lub jego Opiekun wyrażają zgodę na przetwarzanie, uaktualnianie i udostępnianie danych osobowych, niezbędnych do realizacji niniejszego Zobowiązania oraz do celów promocyjnych, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych.
4. Wszelkie informacje dotyczące Obozu są udzielane przez KS "Zdrowie" telefonicznie pod następującymi numerami: 600894690, 606209103

w imieniu zarządu KS „ZDROWIE” w imieniu Uczestnika

Prezes Klubu Jarosław Gajek

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

/ data i podpis / / data i podpis /

**strona 2**