

**Klub Sportowy „ZDROWIE”**  
**rejestr SKF Starostwa Powiatu Pruszkowskiego nr 21**  
**NIP 113-14-66-892, Regon 010215804, Tel. +48600894690**

e-mail: [zdrowie@o2.pl](mailto:zdrowie@o2.pl) , [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl)

**Oddział 1 Michałowice 05-816 ul. Świętego Antoniego 2**

---

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

**na okres od 05.02.2022 do 12.02.2022 dla dziecka**

imię i nazwisko członka Klubu

.....

nr pesel ..... data urodzenia .....

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

kod ..... miejscowość .....

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

**Oświadczenie o stanie zdrowia członka klubu - 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 wynosi **100,00 zł/ 1,00 zł.**

**Składkę członkowską wplacamy 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 VAT, 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 i jego wizerunku w celach reklamowych Klubu.

TAK – NIE (proszę zaznaczyć przez podkreślenie)

----- data

imię i nazwisko wyrażającego zgodę/

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.

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.

**Osoba odpowiedzialna za przetwarzanie danych w Klubie Sportowym Zdrowie**  
**Jarosław Gajek tel. 600894690.**  
**e-mail: kszdrowie@gmail.com**

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 szkolenia. 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”**  
**rejestr SKF Starostwa Powiatu Pruszkowskiego nr 21**  
**NIP 113-14-66-892, Regon 010215804, Tel. +48600894690**  
e-mail: [zdrowie@o2.pl](mailto:zdrowie@o2.pl) , [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl)  
**Oddział 1 Michałowice 05-816 ul. Świętego Antoniego 2**

---

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**  
**na okres od 05.02.2022 do 12.02.2022 dla pełnoletnich**

imię i nazwisko członka Klubu

.....

nr pesel ..... data urodzenia .....

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

kod .....miejsowość .....

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

**Oświadczenie o stanie zdrowia członka klubu - uczestnika obozu.**  
Jestem **ZDROWA(Y)** i będę brał(a) udział w zajęciach (treningach)  
na własną odpowiedzialność, co potwierdzam własnoręcznym  
podpisem.

**Wysokość składki wynosi 100,00 zł.**

**Składkę członkowską wpłacamy na konto klubowe nr**

**58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

**z dopiskiem składka członkowska.**

.....  
/ data i miejsce /

.....  
/ czytelny podpis/

**Uwaga!**

**Za wpłaconą składkę członkowską nie wystawiamy faktur VAT, 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 i jego wizerunku w celach reklamowych Klubu.

TAK – NIE (proszę zaznaczyć przez podkreślenie)

----- /data  
imię i nazwisko wyrażającego zgodę/

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.

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.

## **Osoba odpowiedzialna za przetwarzanie danych w Klubie Sportowym Zdrowie**

**Jarosław Gajek tel. 600894690.**

**e-mail: kszdrowie@gmail.com**

Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku 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 mój wizerunek będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i dokumentowania działalności Klubu Sportowego ZDROWIE.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Brak zgody nie wyklucza możliwości rozpowszechniania fotografii i nagrań wideo, do których stosuje się art. 81 ust. 2 ustawy

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 uczestnika obozu .....

## ZOBOWIĄZANIE UCZESTNICTWA W OBOZIE SPORTOWO – REKREACYJNYM

### Uczestnik obozu dziecko:

Imię i nazwisko: Adres zamieszkania: PESEL	
--	--

### Uczestnik obozu pełnoletni:

Imię i nazwisko: Adres zamieszkania: PESEL e – mail / PROSZĘ O CZYTELNY WPIS/:  Telefon stacjonarny Telefon komórkowy Proszę o wystawienie faktury na:	
---	--

### § 1. Terminy i miejsce obozu.

**05.02 - 12.02.2022** zwany dalej obozem.

Miejsce prowadzenia obozu: Łądek Zdrój Ośrodek „ZŁOTY ŁAN”

Szczegółowy program Obozu określa broszura informacyjna dotycząca Obozu, lub informacja dostępna na stronie internetowej Klub [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl) zakładka Rodzinne Obozy Zimowe (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 i Regulaminami 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: (PROSZĘ O ZAZNACZENIE WYBRANEGO WARIANTU W TABELI CENNIK)  
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 bez kosztów transportu wynosi:**

..... (proszę wpisać cenę)

#### **Cennik świadczeń::**

**Osoby dorosłe: 950zł. + 100 zł składka członkowska.**

**Dzieci od 5 lat i młodzież: 1390zł. + 100. zł składka członkowska.**  
**program NARCIARSKI**

**Dzieci od 3 lat do 5 lat: 774 zł. + 1 zł składka członkowska.**  
**łóżko + żywienie.**  
**BEZ PROGRAMU**

**Ceny za imprezę nie obejmują transportu, KARNETÓW i wypożyczalni  
sprzętu narciarskiego.**

#### **Przypominamy**

Opłaty za obóz i składkę członkowską wpłacamy na konto nr:

**58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

Harmonogram wpłat.	Dorosły	Dzieci od 5 lat	Dzieci od 3 lat
1. wpłata rezerwacja	200,00 zł	200,00 zł	100,00 zł
2. wpłata do 30.10.2021	200,00 zł	200,00 zł	100,00 zł
4. wpłata do 30.11.2021	200,00 zł	400,00 zł	100,00 zł
5. wpłata do 30.12.2021	200,00 zł	400,00 zł	100,00 zł
6. wpłata do 15.01.2022	150,00 zł	190,00 zł	374,00 zł
7. wpłata do 15.01.2022 składka członkowska	100,00 zł	100,00 zł	1,00 zł

**& 4.**

W celu zaplanowania imprezy konieczny jest wybór programów dla dzieci.

Wybieram program: (\* podkreśl)

a. narciarski,

b. snowboardowy.

**& 5.**

Na obóz nie zabieramy żadnych zwierząt.

**& 6.**

Podróżujący autokarem, lub busem przypominamy o limicie bagażu, bagaż podręczny do 5 kg.

Bagaż podstawowy do 20 kg.

Łączny wymiar 190 cm.

(wysokość + szerokość + długość). Koszt transportu autokarowego wynosi 200 zł.

W imieniu KS „Zdrowie”

Uczestnik:

Data i podpis

Data i podpis

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

### § 1 Definicje

Użyte w niniejszych Warunkach Uczestnictwa definicje oznaczają:

- „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;
- „Obóz” oznacza obóz sportowo – rekreacyjny, o którym mowa w § 1.1,2,3 zobowiązania;
- „Odpłatność za Obóz” oznacza odpłatność za Obóz uiszczaną w wysokości, określonej zgodnie z § 3 zobowiązania;
- „Opiekun” – rodzic lub opiekun prawny małoletniego Uczestnika Obozu;
- „Ubezpieczenie” oznacza ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków z wyłączeniem ubezpieczenia mienia;
- „Zobowiązanie” oznacza zobowiązanie uczestnictwa w Obozie organizowanym przez KS „Zdrowie” a Uczestnikiem i/lub jego Opiekunem;
- „Wariant” oznacza jeden z wariantów uczestnictwa w Obozie, o których mowa w § 2 ust. 1 Zobowiązania;
- „KS „Zdrowie” oznacza Klub Sportowy „Zdrowie” z siedzibą Michałowice 05-816 ul. Św. Antoniego 2

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

Zarezerwowanie miejsca na obozie następuje przez podpisanie zobowiązania i deklaracji członkowskiej przez Uczestnika lub Opiekuna i osoby upoważnionej ze strony KS „Zdrowie”

### **Aby zobowiązanie było wiążące obie strony Uczestnik i/lub jego Opiekun musi dokonać przedpłaty w wysokości 400 zł. (200 zł opłata rezerwacyjna +2 wpłata 200 zł).**

Wpłata pozostałej części Odpłatności za Obóz powinna zostać uiszczona przez Uczestnika lub jego Opiekuna zgodnie z harmonogramem wpłat. Wpłaty, o których mowa w § 2 ust. 2 i 3 powyżej należy dokonywać na rachunek KS „Zdrowie”:

Volkswagen Bank direct

Nr rachunku: **58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

Za datę płatności uznaje się dzień wpływania 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 § 7 ust. 3 poniżej.**

### § 4 Ubezpieczenie

KS „Zdrowie” zapewnia Ubezpieczenie Uczestników i Opiekunów biorących udział w Obozie, z sumą ubezpieczeniową do wysokości **5.000 zł.**

Ubezpieczenie, o którym mowa w § 4 ust. 1 powyżej nie obejmuje nieszczęśliwych wypadków powstałych w trakcie dojazdu własnego Uczestnika lub Opiekuna do miejsca Obozu.

### § 5 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 uiszczonyj Odpłatności za Obóz.
3. Zmiana programu i/lub warunków Obozu, o której mowa w § 5 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 § 5 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.

### § 6 Odwołanie Obozu

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.

O odwołaniu Obozu KS „Zdrowie” zawiadamia Uczestnika lub jego Opiekuna pisemnie najpóźniej na piętnaście (15) dni przed datą rozpoczęcia Obozu. KS „Zdrowie” może odwołać Obóz w każdym terminie, jeżeli jego przeprowadzenie jest niemożliwe z powodu siły wyższej.



### § 7 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;
  - 2) 50 % uiszczonej Odpłatności za Obóz w przypadku rezygnacji nie wcześniej niż 45 i nie później niż 18 dni przed dniem rozpoczęcia Obozu; oraz
  - 3) 25 % uiszczonej Odpłatności za Obóz w przypadku rezygnacji na 46 dni przed dniem rozpoczęcia Obozu lub później.
2. Rezygnację Uczestnik i/lub jego Opiekun zgłasza na piśmie.
3. 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.

### § 8 Reklamacje

W razie wystąpienia uchybień i niedociągnięć podczas Obozu, Uczestnik i/lub jego Opiekun ma prawo zażądać usunięcia usterek. W przypadku braku możliwości usunięcia usterek, o których mowa w § 8 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.

### § 9 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.

### § 10 Przeniesienie uczestnictwa w Obozie

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 płci i w podobnym wieku do Uczestnika i/lub Opiekuna odstępującego.

Przeniesienie uprawnień i przejęcie obowiązków, o którym mowa w § 11 ust. 1 powyżej jest skuteczne, jeżeli Uczestnik i/lub jego Opiekun zawiadomi KS „Zdrowie” na piętnaście (15) dni przed rozpoczęciem Obozu.

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.

### § 11 Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych Zobowiązaniem i niniejszymi Warunkami Uczestnictwa, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

Ustala się, jako miejscowo właściwy do rozstrzygnięcia ewentualnych sporów, Sąd najbliższy siedziby KS „Zdrowie”

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 29.08.1997 o ochronie danych osobowych.

Wszelkie informacje dotyczące Obozu są udzielane przez KS "Zdrowie" telefonicznie pod następującymi numerami: 22 723-08-07, 600894690, 606209103.

w imieniu zarządu KS „ZDROWIE”

w imieniu Uczestnika

-----  
/ data i podpis /

-----  
/ data i podpis /