

ul. Świerkowa 13, 43-178 Ornontowice
tel.: +48 795 560 888, +48 607 856 463
e-mail: pielgrzymki@adastra.waw.pl, www.adastra.waw.pl
NIP: 6351733636, Regon: 240828374
Wpis do ROIPT Woj.Śl.nr. 968

ul. Ostrów Tumski 2, 61-109 Poznań
biuro: Rynek Wildecki 4a, 61-546 Poznań
tel.: +48 61 835 68 50, fax: +48 61 835 68 61
e-mail: sekretariat@caritaspozn.pl, www.caritaspozn.pl
BNP PARIBAS 87 1600 1084 1846 4045 8000 0001

ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA
Ogólnopolska Pielgrzymka
Starszych, Chorych, Niepełnosprawnych i ich Opiekunów
w Roku Miłosierdzia do Lourdes
Termin: 01 – 08 maj 2016r.

DANE UCZESTNIKA

Imię (imiona) i Nazwisko* :

Data urodzenia:

Adres zameldowania:

.....

Seria i numer dokumentu (paszportu lub dowodu osobistego):

Telefon kontaktowy:

Osoba towarzysząca w podróży/ współlokator w pokoju:

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

1. Czy cierpi Pan/Pani na jakieś choroby przewlekłe, dolegliwości, inwalidztwo, alergie, (np. cukrzyca, nadciśnienie, choroby serca i układu oddechowego, choroby psychiczne, choroby metaboliczne, np. otyłość, nadwaga) ?

.....

.....

.....

2. Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki na stałe, jeśli tak to jakie (wymienić) ?

.....

.....

3. Czy Pan/Pani jest uczulony na jakieś środki, leki (np. p/bólowe – Pyralgina, Ketonal, Salicylan, antybiotyki) ? Jeśli tak – proszę wymienić.....

.....

4. Czy Pan/Pani porusza się samodzielnie ?

5. Czy wymaga pomocy osób trzecich przy poruszaniu się (kule, wózek inwalidzki) ?

.....

* Imiona i nazwisko proszę podać tak, jak jest wpisane w dokumencie zabieranym na pielgrzymkę

6. Czy Pan/Pani wymaga pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności higienicznych (mycie, ubieranie się), wydalanie, spożywanie posiłków lub inne ?
.....
.....
7. W przypadku konieczności pomocy ze strony osób trzecich proszę o podanie danych osoby, która będzie towarzyszyć w pielgrzymce:.....
.....
8. Czy Pan/Pani ma aktualne ubezpieczenie zdrowotne ? W jakiej kasie chorych?
.....
9. EKUZ – ubezpieczenie zdrowotne za granicą –
10. Czy w przypadku wystąpienia niespodziewanych dolegliwości zagrażających życiu wyraża Pan/Pani zgodę na hospitalizację lub zabieg ?.....

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Ja, niżej podpisany/a (wpisać imię i nazwisko).....oświadczam, że:

1. mój stan zdrowia pozwala na wzięcie udziału w pielgrzymce, a wszystkie wyżej podane dane osobowe i informacje dotyczące stanu mojego zdrowia są zgodne z prawdą
2. zapoznałem się z programem pielgrzymki i świadczeniami gwarantowanymi przez Organizatora – co wraz z niniejszym zgłoszeniem stanowi integralną część umowy
3. akceptuję fakt, że przydziału konkretnego miejsca w pociągu (w ramach wybranej opcji – siedzącego lub leżącego) oraz w pokoju w miejscu zakwaterowania dokonuje Organizator
4. wyrażam zgodę, by moje dane osobowe: imię, nazwisko, data urodzenia i adres zameldowania zostały udostępnione i były przetwarzane przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z siedzibą przy ul. Przyokopowej 31 w Warszawie, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych w celu realizacji umowy ubezpieczenia podczas pielgrzymki
6. wyrażam zgodę, by moje dane osobowe oraz wszystkie podane w zgłoszeniu informacje były przetwarzane przez Caritas Archidiecezji Poznańskiej z siedzibą przy ul. Rynek Wildecki 4a w Poznaniu oraz AD ASTRA Kamila Banaś z siedzibą przy ul. Świerkowej 13 w Ormontowicach, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych w celu realizacji umowy wyjazdu na pielgrzymkę.

miejsowość, data

podpis Uczestnika