Discover Snorkeling i Skin Diving

OŚWIADCZENIE O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAWNEJ I ZGODA NA PRZEJĘCIE RYZYKA

Proszę pisać drukowanymi literami.

Imię i nazwisko _____

Adres _____

Miasto_____

Stan_____ Kraj _____Kod pocztowy_____

Telefon domowy (_____)_____Telefon do pracy (_____)_____

Data urodzenia _____ Wiek _____ Adres _____

Przeczytaj uważnie poniższy dokument i wypełnij puste miejsca przed jego podpisaniem.

Ja, _____ niniejszym stwierdzam, że jestem w pełni świadomy, że nurkowanie w ABC niesie za sobą ryzyko poważnych
Imię i nazwisko uczestnika
obrażeń i śmierci.

Rozumiem i zgadzam się, że ani moi przewodnicy, instruktorzy, _____, ani firma, która oferuje ten program, _____ , ani International PADI Inc, ani stowarzyszone korporacje czy filie tej firmy, ani żaden z ich pracowników,
Nazwa firmy
przedstawicieli, agentów i wykonawców (zwanych dalej Osobami Zwolnionymi z Odpowiedzialności) nie mogą być uznani winnymi lub odpowiedzialnymi za uraz lub śmierć czy inne szkody wobec mnie lub mojej rodziny, majątku, spadkobierców lub przedstawicieli, wynikłe z mojego zapisania się i udziału w programie nurkowym lub jako rezultat zaniedbania czynnego lub biernego związanych z tym osób fizycznych i prawnych.

W przypadku dopuszczenia mnie do udziału w tym programie, podpisując ten dokument, przejmuję na siebie całkowite, związane z moim udziałem w powyższym programie, przewidziane lub nieprzewidziane ryzyko, które może spotkać mnie podczas udziału w programie.

Dodatkowo zwalniam, zabezpieczam i uznaję za niewinne wymienione powyżej Osoby Zwolnione z Odpowiedzialności, od jakichkolwiek roszczeń ze strony mojej, mojej rodziny, spadkobierców czy przedstawicieli, wynikających z mojego zapisania się i udziału w tym programie włączając w to zarówno żądania powstałe w czasie trwania programu, jak i po jego zakończeniu.

Rozumiem również, że nurkowanie w ABC wymaga dużej aktywności fizycznej i jest związane z dużym wysiłkiem, co może spowodować u mnie przemęczenie podczas udziału w kursie. Gdybym więc doznał obrażeń na skutek ataku serca, paniki, hiperwentylacji, utopienia się i in., formalnie przejmuję na siebie ryzyko opisanych wyżej przypadków i nie uznam ww. osób za odpowiedzialne za powstały uszczerbek na moim zdrowiu.

Rozumiem również, że przeszłe i obecne uwarunkowania medyczne mogą być przeciwwskazaniem do mojego uczestnictwa w programie. Oświadczam, że aktualnie nie jestem przeziębiony i nie mam infekcji ucha. Oświadczam, ze nigdy nie cierpiałem na napady, zawroty głowy czy omdlenia, ani na choroby serca (np. chorobę wieńcową, dusznicę bolesną, atak serca). Oświadczam, że nigdy nie miałem problemów z płucami, takich jak odma czy gruźlica. Oświadczam, że nie jestem pod wpływem żadnych lekarstw, które mogą upośledzać moje fizyczne czy umysłowe zdolności.

Dodatkowo stwierdzam, że jestem pełnoletni, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i mogę podpisać powyższe oświadczenie o zwolnieniu z odpowiedzialności prawnej, albo posiadając ograniczoną zdolność do czynności prawnych uzyskałem pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna) do podpisania oświadczenia o zwolnieniu z odpowiedzialności prawnej. Rozumiem, że stwierdzenia w niniejszym dokumencie są wynikiem porozumienia stron i podpisuję ten dokument dobrowolnie, wiedząc, że zrzekam się w ten sposób swoich praw. Ponadto zgadzam się, że jeśli jakakolwiek klauzula tej umowy okaże się niewykonalna lub nieważna, to klauzula ta powinna zostać usunięta z niniejszej umowy. Pozostała część umowy będzie wówczas zinterpretowana jak w przypadku gdyby usunięty fragment nie został nigdy w niej zawarty.

Rozumiem i zgadzam się że nie tylko zrzekam się swoich praw do pozwania Osób Zwolnionych od Odpowiedzialności, ale również praw moich spadkobierców przedstawicieli i beneficjantów, którzy chcieli by procesować się na wypadek mojej śmierci. Oświadczam, że mogę to zrobić i moi spadkobiercy, przedstawiciele i beneficjanci nie będą domagać się innych praw.

JA, _____ POPRZEZ TEN DOKUMENT ZGADZAM SIĘ NA ZWOLNIENIE
Imię i nazwisko uczestnika
OD ODPOWIEDZIALNOŚCI MOICH PRZEWODNIKÓW I INSTRUKTORÓW _____
ORAZ FIRMĘ PRZEZ KTÓRĄ OTRZYMAŁEM SZKOLENIE _____. ORAZ INTERNATIONAL
Nazwa firmy
PADI, INC., I WSZYSTKIE WYMIENIONE POWYŻEJ POWIĄZANE JEDNOSTKI OD JAKIEJKOLWIEK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA

Kontynuacja na następnej stronie
© International PADI, Inc. 2004

JAKIKOLWIEK USZCZERBEK NA ZDROWIU, STRATY MATERIALNE ALBO CZYMKOLWIEK SPOWODOWANĄ ŚMIERĆ, WŁĄCZAJĄC W TO, ALE NIE OGRANICZAJĄC TYLKO DO OBRAŻEŃ I STRAT WYNIKŁYCH Z ZANIEDBANIA CZYNNEGO LUB BIERNEGO OSÓB ZWOLNIONYCH Z ODPOWIEDZIALNOŚCI.

JESTEM W PEŁNI ŚWIADOMY ZNACZENIA TREŚCI POWYŻSZEGO DOKUMENTU O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAWNEJ I FORMALNYM PRZEJĘCIU RYZYKA, CO POTWIERDZAM PRZEZ JEGO PRZECZYTANIE I PODPISANIE W IMIENIU MOIM I MOICH SPADKOBIERCÓW.

_____
Podpis uczestnika

_____
Data (dzień/miesiąc/rok)

_____
Podpisy rodziców lub opiekunów (w stosownych przypadkach)

_____
Data (dzień/miesiąc/rok)