

ul. Świerkowa 13, 43-178 Ormontowice
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

LOURDES

*Pielgrzymka Starszych, Chorych, Niepełnosprawnych i ich
Opiekunów*

ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA

DANE UCZESTNIKA

Imię (imiona) i Nazwisko*:

Data urodzenia:

Adres zameldowania:

Adres do korespondencji:

Seria i numer dokumentu (paszportu lub dowodu osobistego):

Telefon kontaktowy:

Osoba towarzysząca w podróży/ współlokator w pokoju:

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

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) ?

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:

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 akceptuję i co wraz z niniejszym zgłoszeniem stanowi integralną część umowy

3. akceptuję fakt, że podziału na pokoje w miejscu zakwaterowania dokonuje Organizator

4. 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, w celu realizacji umowy wyjazdu na pielgrzymkę. Zapoznałem się z polityką przetwarzania danych osobowych w/w podmiotów, którą akceptuję.

miejsowość, data

podpis Uczestnika