



NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOKRÓL, A RÉSZVÉTELI FELTÉTELEK ELFOGADÁSÁRÓL ÉS FELELŐSSÉGKORLÁTOZÁSRÓL

A részvételhez kitöltve le kell adni!

NYOMTASD KI!

Figyelmesen olvasd végig az egész dokumentumot.

Írd alá és hozd magaddal az Arise-ra hogy meggyorsítsd a regisztrációs folyamatot!

NÉV: _____ SZÜLETÉSI DÁTUM: _____ ÉLETKOR: _____

ANYJA NEVE: _____ Sz.Ig. / ÚTLEVÉL SZÁMA: _____

CÍM: _____

VÁROS: _____ IRÁNYÍTÓSZÁM: _____

TELEFON: _____ E-MAIL: _____

Vészhelyzetben értesítendő: _____ Telefon: _____

(ha van:) Biztosító cég: _____ Kötvényszám/TAJ szám: _____

Van-e vagy volt-e az alábbiak közül valamelyik?*

IGEN

Allergia _____

Cukorbetegség _____

Alkohol problémák _____

Rohamok _____

Ájulás _____

Szívproblémák _____

Táplálkozási rendellenességek vagy gyomorproblémák _____

Légzési problémák _____

Pszichiátriai kezelés alatt állsz/álltál-e? _____

Szedtél-e gyógyszert depresszió vagy viselkedészavarok miatt? _____

Ha a fentiek közül valahol **IGEN**-t választottál, kérlek fejtsd ki:

KOMOLYABB ALLERGIÁK (sorold fel mire):

Korábbi **műtétek** vagy súlyos **betegségek**:

Gyógyszerek, amiket szedsz (sorold fel):

Ha van bármilyen egyéb fontos orvosi, egészségügyi információ veled kapcsolatban, amiről a 4M szervező csapatnak tudnia kellene az Arise során, kérlek alább oszd meg velünk:

Alulírott kifejezetten hozzájárulok, hogy a jelen nyilatkozatban foglalt adataimat, beleértve a különleges (egészségügyi) adatokat is a Szervező kezelje.

Igen Nem

Alulírott kijelentem, hogy a Szervező Rendezvényre vonatkozó általános szerződési feltételeit (4mhu.com/aszf) megismertem, az abban foglaltakat magamra nézve kötelezőnek ismerem el.

Igen Nem

Alulírott kijelentem, hogy saját magam és – adott esetben – az általam Gondviselt személy nevében engedélyt adok a Szervezőnek arra, hogy bármely Részvevő, vagy saját magam részvételéről készült összes fényképet, képet, videofelvételt, mozgóképet, felvételt vagy bármely más hang- és képfelvételt törvényes célból visszavonásig felhasználja, reprodukálja, értékesítse, közzétegye és terjessze, valamint tudomásul veszem, hogy nem leszek jogosult ezekkel kapcsolatban semmiféle ellentételezésre.

Igen. Nem

*A személyes és az egészségügyi információidat bizalmasan kezeljük, a szervezői csapat tagjain kívüli harmadik személynek csak abban az esetben adjuk ki, amennyiben az egészségügyi okból, közvetlen életveszélyt és/vagy sérülést okozó állapot elhárítása érdekében szükséges és indokolt.

A RÉSZVÉTEL FELTÉTELEI:

Alulírott _____ (továbbiakban: „Én”, „enyém” vagy „saját magam”) a Rendezvényen való részvétellel kapcsolatban tudomásul veszem, elfogadom és egyetértek az alábbiakkal:

1. Megértettem és elfogadom, hogy a részvételem a Rendezvényen önkéntes. Tudomásul veszem, hogy a Rendezvényen való részvételemhez kapcsolódó tevékenységek sérülés és/vagy baleset kockázatát hordozzák magukban.
2. FELELŐSSÉGEM TELJES TUDATÁBAN, ÖNKÉNT VÁLLALOK ÉS ELFOGADOK MINDEN ELŐZETESEN ISMERT ÉS ISMERETLEN KOCKÁZATOT, amely a rendezvényen történő részvételemhez kapcsolódik.
3. Vállalom, hogy betartok bármilyen a Rendezvényen történő részvételemhez kapcsolódó feltételt és kikötést. A Szervezők utasításait, feltételeit betartom, azok megszegéséből fakadó valamennyi kárért felelősséget vállalok és mentesítem azok alól a SZERVEZŐKET.
4. Kijelentem és igazolom, hogy: (i) hacsak alább másképp nincs jelezve, 18 éves elmúltam, és jelen dokumentumot a saját magam nevében törvényesen írom alá; (ii) a Résztevő minden olyan betegségtől, sérüléstől és fogyatékoságtól mentes, amely befolyásolhatná az Rendezvényen történő biztonságos részvételt; (iii) a Résztevő fizikailag alkalmas és elegendően edzett ahhoz, hogy részt vegyen a Rendezvényhez kapcsolódó összes eseményben; és (iv) a Rendezvény időtartama alatt a Résztevő egyénileg, vagy valamely szervezet részeként rendelkezni fog beteg-/egészségbiztosítással (ide értve a magyar társadalombiztosítás rendszerét is).
5. Hozzájárulok, hogy az Rendezvényen való részvétellel kapcsolatban felmerülő sérülés vagy megbetegedés esetén elsősegélyben és más orvosi kezelésben vagy egyéb ehhez kapcsolódó szolgáltatásban részesítsenek, beleértve az evakuálást/elszállítást. Vállalom, hogy valamennyi szükséges adatot rendelkezésre bocsátok. Továbbá tudomásul veszem, hogy az adatkezelési szabályzat alapján az ilyen szolgáltatást és/vagy kezelést nyújtó egyének számára a személyes egészségügyi információim felhasználását és felfedését, és aláírok bármely olyan kiegészítő dokumentumot, amelyet az ilyen információkkal vagy szolgáltatásokkal kapcsolatban e szolgáltatások nyújtói szükségesnek ítélnék meg.
6. Amennyiben jelen dokumentum rendelkezéseit bármely illetékes bíróság érvénytelenítene vagy végrehajthatatlannak nyilvánítaná, úgy a vonatkozó jogszabályok által megengedett legnagyobb mértékben, az összes egyéb itt szereplő rendelkezés érvényes marad.

JELEN NYILATKOZATOT ELOLVASTAM ÉS MINDEN RÉSZÉT ÉRTEM. TUDOMÁSUL VESZEM, HOGY ALÁÍRÁSOM AJELEN NYILATKOZATBAN FOGLALTAK ELFOGADÁSÁT JELENTI, AMELYEK ALAPVETŐ EMBERI JOGAIMAT NEM, AZONBAN EGYÉB JOGAIMAT KORLÁTOZZÁK. A NYILATKOZATOT SZABAD AKARATOMBÓL ÍRTAM ALÁ, KÉNYSZER, FENYEGETÉS VAGY TÉVEDÉS NEM BEFOLYÁSOLNAK.

Résztevő NEVE (nyomtatott nagybetűkkel): _____

Résztevő saját kezű ALÁÍRÁSA: _____

Dátum: _____