**DEKLARACJA ASYSTENTA W WYJEŹDZIE  
„BERLIN bez Granic 2018”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  | | PESEL: |  |
| Data i miejsce urodzenia: |  | | Adres zamieszkania: |  |
| Seria i nr. dowodu lub paszportu |  | | Data ważności: |  |
| Telefon: |  | | E-mail: |  |
| W razie konieczności powiadomić (podaj nazwisko i nr. telefonu) |  | | | |
| Jadę jako asystent - Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością: | | | | |
| Czy masz już pomarańczową koszulkę Fundacji? | | **TAK / NIE**  Jeśli NIE, podaj rozmiar: S M L XL (rozmiary damskie są raczej małe, męskie raczej duże) | | |

**INFORMACJE O WYJEŹDZIE**

**Organizator**: Fundacja Podróże Bez Granic, ul. Warszawska 43/1, 81-309 Gdynia/ GIFT Centrum Podróży, ul. Wąwozowa 18, 02-798 Warszawa,

**CENA WYJAZDU: 500,00 zł** - dotyczy asystentów osób z niepełnosprawnością.

Warunkiem uczestnictwa jest **przesłanie prawidłowo wypełnionej deklaracji do** **dnia 2 września** na adres: [podroze@podrozebezgranic.pl](mailto:podroze@podrozebezgranic.pl) **oraz dokonanie opłaty za wyjazdy** (po otrzymaniu potwierdzena uczestnictwa w wyjeździe do dnia 5 września) **na**  **konto Fundacji do dnia 17 września.**

**Dane do przelewu:**

Fundacja Podróże bez Granic, ul. Warszawska 43/1, 81-309 Gdynia

mBank: 96 1140 2017 0000 4702 1297 1748

Tytułu przelewu: Imię i nazwisko\_Berlin bez Granic 2018”

W przypadku rezygnacji z wyjazdu**, opłata może zostać zwrócona wyłącznie gdy na wolne miejsce zostanie zakwalifikowany inny uczestnik i uiści pełną opłatę.** W przypadku braku chętnych w odpowiedzi na ogłoszenie fundacji, nową osobę może wskazać uczestnik rezygnujący, zastępująca go osoba musi jednak spełniać wszystkie wymagania wynikające z warunków wyjazdu. W przypadku rezygnacji w terminie uniemożliwiającym znalezienie zastępstwa na wolne miejsce, opłata nie będzie zwracana.

* Organizator nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze i rzeczy wartościowe uczestników,
* Uczestnik wycieczki korzysta i czynnie uczestniczy we wszystkich zajęciach organizowanych przez organizatora i stosuje się do regulaminu placówki noclegowej,
* Uczestnik ponosi materialną odpowiedzialność za szkody powstałe z winy uczestnika,

**INFORMACJE DODATKOWE**

**CZY MASZ DOŚWIADCZENIE W PRACY Z OSOBAMI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ?** TAK / NIE

**OPISZ SWOJE DOŚWIADCZENIE** (W TYM WOLONTARIAT, POMOC W RODZINIE, ITP.) **LUB MOTYWACJĘ DO TEGO ZADANIA, JEŚLI BĘDZIE TO TWOJE PIERWSZE DOŚWIADCZENIE:**

|  |
| --- |
|  |

**CZY BYŁEŚ JUŻ W BERLINIE?** TAK / NIE

**CO CHCIAŁBYŚ W BERLINIE ZOBACZYĆ?**

|  |
| --- |
|  |

**Deklaruję moje uczestnictwo w wyprawie „BERLIN bez Granic” oraz w razie potrzeby udzielania wsparcia wszystkim uczestnikom w stopniu niezbędnym do realizacji wyjazdu.**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem i warunkami wyjazdu. Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na udział w tej wycieczce.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji przez Fundację Podróże bez Granic dla potrzeb niezbędnych do realizacji wyjazdu, a także promocje kolejnych wydarzeń organizowanych przez Fundację, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku przez Fundację Podróże bez Granic, w tym na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, także wraz z wizerunkami innych osób utrwalonymi w ramach realizacji projektu. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie mojego wizerunku zgodnie z niniejszym oświadczeniem nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw.

Miejscowość i data Podpis asystenta