



THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF NITROX AND TECHNICAL DIVERS, INC.

IANTD World HQ, 119 NW EThon Place - Suite 101, Lake City, FL USA,
Phone: 386-438-8312 Fax: 509-355-1297(dále jen IANTD nebo IANTD, Inc.)

Regionální držitel licence pro území České republiky, Polska, Maďarska a Irska

IANTD Central Europe s. r. o.,
IČ: 45791597, DIČ: CZ45791597,
Za potokem 46/4, PSČ 10600, Praha 10- Záběhlice, Česká republika
www.iantd.cz, email: iantd@iantd.cz

PODMÍNKY ÚČASTI V KURZU A ČLENSTVÍ PROHLÁŠENÍ ÚČASTNÍKA KURZU A ČLENA IANTD

Já, _____ narozen(a) _____,

bytem _____

jakožto účastník kurzu _____

spolu s nezletilým účastníkem též současně níže podepsaný rodič/ zákonný zástupce nezletilého účastníka, prohlašuji, že jsem se seznámil s níže uvedenými podmínkami členství, které akceptuji a současně též prohlašuji, že:

tímto potvrzuji, že jsem byl varován před nebezpečím vyplývajícím z účasti na kurzu a byl /-a upozorněn/-a podrobně seznámen/a s možnými riziky spojenými s technickým a sportovním SCUBA potápěním. Dále prohlašuji, že si zejména uvědomuji, že potápění se stlačeným vzduchem, kyslíkem obohaceným vzduchem (Nitrox), kyslíkem a/nebo heliem (Trimix a/nebo Heliox) a/nebo neonem s sebou nese určitá rizika, která zahrnují, ale neomezuje se na dekompresní nemoc, embolii, otravu kyslíkem, narkózu netečnými plyny, zranění v souvislosti s podvodní faunou a flórou nebo jiná barotraumatická nebo hyperbarická zranění, vyžadující léčbu v přetlakové komoře. Uvědomuji si také, že potápěčské výlety, které jsou nezbytné pro výcvik a získání kvalifikace, se mohou konat v místě časově a/nebo místně vzdáleném od takové přetlakové komory. Přesto chci pokračovat v takových instruktážních potápěčských SCUBA kurzech i při možné nedostupnosti přetlakové komory na místech ponoru. Souhlasím s tím, že ani můj instruktor/-ři/polečnosti, u níž/něhož výcvik absolvuji, ani IANTD, Inc. ani žádný z jejich zaměstnanců, úředníků, agentů nebo jiných pověřených či zmocněných osob (nadále „zproštěná strana“) nemohou být žádným způsobem voláni k zodpovědnosti za jakékoli zranění nebo smrt nebo jiné škody, vzniklé mně nebo mé rodině, dědicům nebo jiným zmocněným osobám, jako důsledek mé účasti v tomto kurzu nebo jako důsledek ať aktivní či pasivní nedbalosti kterékoli osoby včetně „zproštěné strany“. Výslovně tedy zprošťuji tyto osoby odpovědnosti a souhlasím s tím, že se vylučuje povinnost v tomto odstavci zmíněných osob a subjektů k úhradě újmy, kterou mohu utrpět v průběhu či důsledku účasti v kurzu, na své účasti trvám a beru na vědomí, že mé vztahy k a nároky vůči IANTD se řídí právem státu Florida. Vzhledem k tomu, že jsem se mohl zapsat do tohoto kurzu, na sebe v souvislosti s tímto kurzem

přebírám veškerá rizika za jakékoli škody nebo zranění, ke kterým mohu během kurzu přijít, včetně rizik předvídatelných i nepředvídatelných.

- vůči kurzu i „zproštěné straně“ se nebudu ani já, ani moje rodina, ani mí dědicové nebo zmocněné osoby domáhat žádných nároků ani proti nim nepovedu soudní spor v souvislosti s mojí účastí v tomto kurzu. Toto platí i pro dobu po získání certifikace
- uvědomuji si také, že technické a sportovní SCUBA potápění je fyzicky náročné, že se během tohoto SCUBA kurzu budu fyzicky těžce namáhat, že pokud utrpím zranění nebo smrt jako důsledek srdečního infarktu/-tů, mrtvice/ic, paniky, hyperventilace, otravy kyslíkem, narkózou netečnými plyny, utopením, DCS nebo jakéhokoli jiného rizika spojeného s potápěním, jsem si takových rizik vědom/a a nebudu za ně výše zmíněné zproštěnou stranu společnosti volat k odpovědnosti. Prohlašuji, že jsem zdravotně způsobilý k účasti na kurzu do něž jsem se přihlásil a že v tomto směru nejsem nijak omezen
- uvědomuji si, že pojmy zde užívané jsou smluvní povahy a jsem si vědom z toho vyplývající právní závaznosti a toho, že mé vztahy k IANTD a závazky vyplývající z tohoto prohlášení se řídí právem USA Můj podpis tohoto dokumentu je výrazem mé vlastní a svobodné vůle
- v případě existence zdravotních obtíží uvedených v přiloženém Seznamu obtíží, jsem byl upozorněn na potřebu kontaktovat ošetřujícího lékaře před zahájením kurzu s žádostí o posouzení, zda jsem schopen účasti na kurzu, současně jsem byl upozorněn, že pokud mi lékař účast nedoporučí před zahájením, či kdykoli v průběhu konání kurzu, jsem povinen od své účasti na kurzu odstoupit.

Podmínky účasti v kurzu je řádné vyplnění a podání přihlášky, akceptace těchto Podmínek, osobní účast na praktickém i teoretickém výcviku vedeném instruktorem, respektování pokynů instruktora, úhrada kurzovného. Podmínkou členství IANTD je řádné absolvování kurzu a úhrada s vydáním průkazu kvalifikace souvisejícího poplatku dle pokynů instruktora. Instruktor odpovídá účastníkovi za průběh kurzu, jeho kvalitu a řádné předání podkladů IANTD za účelem vystavení příslušného průkazu o kvalifikaci úspěšného účastníka kurzu. Instruktor je oprávněn ze závažných důvodů účastníka z kurzu vyloučit. Posouzení splnění podmínek výcviku v rámci kurzu a rozhodnutí o úspěšnosti jeho absolvování je věcí instruktora.

V souladu s podmínkami účasti v kurzu a členství poskytuji současně své zde shora uvedené osobní údaje instruktorovi/ společnosti u něhož/u níž výcvik absolvuji a jeho prostřednictvím též facility IANTD , **IANTD Central Europe s.r.o**, IANTD/ IAND Inc, a za účelem jejich shromažďování a zpracování pro potřeby vedení členské agendy IANTD, zveřejnění na www stránkách IANTD, vzájemného plnění závazků vyplývajících z členství, a rovněž za účelem ochrany oprávněných zájmů účastníků smluvního vztahu vyplývajících z členství. Výslovně pak žádám, aby tyto údaje uchovávali, shromažďovali a zpracovávali za účelem vydání a evidence příslušné certifikace o mé kvalifikaci v rámci IANTD a za účelem možnosti ověření pravosti mé certifikace a kvalifikace třetími osobami, kterým budou pro tento účel poskytnuty k nahlédnutí prostřednictvím www stránek IANTD tyto údaje: jméno příjemní, datum narození, č. certifikace, kvalifikace včetně data jejího udělení, údaj o instruktorovi/facility.

IANTD/ IAND Inc, / její regionální zástupce/ facility IANTD / instruktor je oprávněn mnou poskytnuté osobní údaje shromažďovat, zpracovávat a uchovávat pouze pro shora stanovené účely po dobu nezbytně nutnou. Výslovně žádám, vytyto mé údaje byly v rámci organizační

struktury předány společností IANTD Central Europe s.r.o. společností IANTD/IAND Inc., jež rozhoduje o aktivaci mého členství a platnosti kvalifikace.

Současně žádám, aby na průkazu o mé certifikaci byla uvedena moje fotografie, kterou předám. Současně žádám, aby na průkazu o mé certifikaci nebyla uvedena moje fotografie. (nehodící se škrněte)

Potvrzuji, že jsem se před podpisem této listiny seznámil s Informací o opatřeních na ochranu osobních údajů a zásadami ochrany pro uživatele webových stránek **IANTD Central Europe s.r.o.**, které jsou uveřejněny na stránkách [www: iantd.cz](http://www.iantd.cz).

Účastník kurzu: _____ datum: _____ podpis: _____

Zákonný zástupce nezl. účastníka: _____ datum: _____ podpis: _____

Seznam obtíží:

1. Neurologický stav: zvláště záchvaty, mrtvice, operace mozku, přechodné ztráty vědomí, těžká migréna, aneurisma (výduť) v mozkových cévách.
2. Kardiovaskulární stav: zvláště srdeční mrtvice, operace srdce, srdeční arytmie, vysoký krevní tlak (hypertenze).
3. Plíce: zvláště spontánní selhání plic, selhání plic vlivem zranění, cysty nebo vzduchové kapsy v plicích, vážné poškození plicní tkáně, emfyzéma nebo cokoli, co ovlivňuje dýchací schopnosti.
4. Uši: trvalé otvory v ušním bubínku, protržení ušního bubínku, trvalé trubičky v ušním bubínku, poškození nebo ztráta sluchu v obou nebo jednom uchu, větší operace uší.
5. Ušní a vedlejší dutiny: polypy, nádory nebo cysty v dutinách nebo nosních cestách, větší operace vedlejších dutin nosních, trvalá (chronická) infekce dutin.
6. Astma: astma nebo astmatické záchvaty, jakékoli sípání, způsobené námahou, obavami, prochladnutím, vyčerpáním apod. Jiná potíže vyžadující užívání léků a/nebo používání inhalátoru pro potlačení sípání.
7. Diabetes mellitus: zvláště typ I (závislý na inzulínu) a typ II, které vyžadují inzulín nebo jiné léky (ústní podávání). Dále jakákoli jiná forma diabetes, která je nestabilní nebo vyžadující zvláštní léčení nebo dřívější hypoglykemie, hyperglykemie nebo související onemocnění ledvin, očí, srdce nebo cév. Dále dřívější zvýšená hladina cukru nebo zvýšená hladina cukru v těhotenství.
8. Těhotenství
9. SCUBA potápění: dřívější nehody při potápění, dekompresní nemoc, dekomprese vnitřního ucha nebo embolie.
10. Užívání léků: jakékoli pravidelné užívání léků bez předpisu i na předpis.
11. Obecné zdravotní potíže: jakékoli fyzické nebo psychické potíže, které nejsou uvedeny výše, které by mohly mít vliv na Vaši bezpečnost pod vodou nebo by mohly ovlivnit Vaše rozhodovací schopnosti ve stresových situacích.

Účastník kurzu: _____ datum: _____ podpis: _____

Zákonný zástupce nezl. účastníka: _____ datum: _____ podpis: _____