

UZUPEŁNIAJĄCY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO UMOWY - ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W IMPREZIE TURYSTYCZNEJ ORGANIZOWANEJ PRZEZ BIURO PODRÓŻY „PL TRAVEL”

Bardzo prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety. Dane wpisane przez Państwa będą wykorzystane przy podziale na grupy, przydziale miejsc w samolocie, miejsc noclegowych i planowaniu aktywności podczas pobytu.

Jeżeli będą Państwo mieli trudności w wypełnieniu ankiety proszę zwrócić się o pomoc do rodziny lub innej zaufanej osoby z otoczenia.

Proszę pamiętać o zabraniu ze sobą kopii posiadanych w domu wypisów szpitalnych, konsultacji specjalistycznych, a **przede wszystkim aktualnego wykazu stosowanych leków** – nazwa leku, dawka, pora podawania.

Proszę pamiętać o zabraniu leków w ilości wystarczającej na cały planowany pobyt, z zapasem w razie wystąpienia nieprzewidzianych zdarzeń.

Personel medyczny obecny na pielgrzymce zapewnia opiekę w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia Pielgrzymów. Pomagamy w przypadku łagodnych infekcji, wahań ciśnienia, poziomu cukru, częstości pracy serca, drobnych urazów, nasilenie bólów i tym podobnych.

W razie poważniejszych problemów zapewniamy kompetentną opiekę przed przyjazdem miejscowego pogotowia ratunkowego i ewentualnym przewozem do szpitala. Osoby z chorobami przewlekłymi zachęcamy do zadbania o odpowiednie ubezpieczenie, które pokryje koszty hospitalizacji i transportu do miejsca zamieszkania. **Karta EKUZ w takich przypadkach jest niewystarczająca.** W razie wątpliwości prosimy o kontakt z biurem podróży PL Travel.

Osoby niepełnosprawne, z poważnymi ograniczeniami w zakresie poruszania się, zwłaszcza poruszające się na wózkach prosimy o szczegółowe opisanie tego faktu w ankiecie i zaplanowanie wyjazdu z indywidualnym opiekunem.

1. DANE OSOBOWE:

Imię: Nazwisko:.....

PESEL:..... dowód osobisty.....

Adres: Kod pocztowy /miejsowość

Ulica/nr Adres e-mail:.....

Telefon domowy: Telefon kom:.....

Osoba do kontaktu (imię, nazwisko, tel.)

2. W pielgrzymce będę uczestniczył jako:

- Pielgrzym:

potrzebuję opieki indywidualnej

- imię i nazwisko opiekuna.....

- stopień pokrewieństwa.....

nie potrzebuję opieki indywidualnej

- **Opiekun innej osoby** (proszę podać jej imię i nazwisko).....

- **Osoba funkcyjna** (proszę podać np. pielęgniarka).....

3. Przy poruszaniu się korzystam z następujących sprzętów:

- wózek kule balkonik
- Inne (wpisz jakie).....
- korzystam z niego na stałe potrzebuję go na dłuższe dystanse
- chodzę samodzielnie

4. Dane medyczne

- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności z powodu
.....
.....
- leczę się z powodu chorób przewlekłych

(zabrać kopie wypisów szpitalnych lub konsultacji medycznych)

.....
.....
.....
.....

- na stałe zażywam leki

(zabrać ze sobą listę leków oraz wystarczający na czas całej pielgrzymki zapas leków. Jeżeli leki wymagają szczególnego przechowania – na przykład w lodówce, proszę zgłosić opiekunowi grupy przed zajęciem miejsc w samolocie)

- mam trudności w komunikacji z otoczeniem
.....
.....

- uczulenia
.....
.....

- specjalne diety
.....
.....

Waga.....

Wzrost.....

5. Dane dotyczące pielęgnacji

	NAZWA CZYNNOŚCI	
1.	Spożywanie posiłków <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie samodzielnie jeść lub przetykać, <input type="checkbox"/> potrzebuję pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu <input type="checkbox"/> jestem samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie przemieszczać się, nie zachowuję równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu <input type="checkbox"/> przemieszczam się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, mogę siedzieć <input type="checkbox"/> mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) <input type="checkbox"/> jestem samodzielny/-a	
3.	Utrzymanie higieny osobistej <input type="checkbox"/> nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych <input type="checkbox"/> potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych <input type="checkbox"/> samodzielny/-a przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) <input type="checkbox"/> nie korzysta w ogóle z toalety <input type="checkbox"/> potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety <input type="checkbox"/> samodzielny/-a w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała <input type="checkbox"/> kąpany/-a w wannie przy pomocy podnośnika <input type="checkbox"/> wymaga pomocy <input type="checkbox"/> samodzielny/-a	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich <input type="checkbox"/> w ogóle nie porusza się <input type="checkbox"/> porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby <input type="checkbox"/> samodzielny/-a, niezależny/-a w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	

7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach <input type="checkbox"/> nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby <input type="checkbox"/> potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia <input type="checkbox"/> samodzielny/-a	
8.	Ubieranie się i rozbieranie <input type="checkbox"/> potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby <input type="checkbox"/> potrzebuje częściowej pomocy innej osoby <input type="checkbox"/> samodzielny/-a, niezależny/-a (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu <input type="checkbox"/> nie panuje nad oddawaniem stolca <input type="checkbox"/> sporadycznie bezwiednie oddaje stolec <input type="checkbox"/> kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego <input type="checkbox"/> nie panuje nad oddawaniem moczu <input type="checkbox"/> sporadycznie bezwiednie oddaje mocz <input type="checkbox"/> kontroluje oddawanie moczu	

Data, czytelny podpis uczestnika/chorego /opiekuna prawnego

Powyższy dokument należy dostarczyć osobiście, mailem lub listem poleconym do 7 dni roboczych od dnia podpisania umowy na adres:

Biuro Podróży PL TRAVEL ul. Dąbrowskiego 1/6, 40-032 Katowice

www.pltravel.pl, biuro@pltravel.pl, pielgrzym@pltravel.pl
tel. kom. 694 980 161 lub 662 097 959 lub 691 133 433, tel./fax 032 256 45 77, licencja nr 782

KARTA INFORMACYJNA RODO DLA KLIENTÓW INDYWIDUALNYCH

Informacja na temat celów i zasad przetwarzania danych osobowych w PL TRAVEL

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Biuro Podróży PL TRAVEL z siedzibą w Katowicach (40-032), przy ul. Dąbrowskiego 1/6, adres e-mail: pltravel@pltravel.pl, numer telefonu: 32-256 45 77, wpisana do CEIDG pod nr 27632, NIP 954-130-22-08, REGON: 271700894, wpis do Rejestru Organizatorów i Pośredników Turystycznych Marszałka Województwa Śląskiego pod nr 782.

Ma Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych, ich poprawiania, żądania ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych oraz prawo przenoszenia danych. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli Pani/Pana dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi. W Polsce organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dane będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy zawartej z Administratorem, dokonania niezbędnych rozliczeń w związku z jej zawarciem, wykonania nakładanych na Administratora obowiązków prawnych.

Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością zawarcia umowy.

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy jest art. 6 ust. 1 lit. B, zaś w zakresie niezbędnym wykonania nakładanych na Administratora obowiązków prawnych art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO). Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes Administratora polegający na zapewnieniu niezbędnych rozliczeń w związku z zawartą umową.

W zakresie, w jakim dane przetwarzane są na podstawie Pani/Pana odrębnej zgody, przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Pozostanie to jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano przed jej cofnięciem.

Odbiorcami danych osobowych będą: linie lotnicze, linie kolejowe i autokarowe, hotele, towarzystwa ubezpieczeniowe, w tym UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, banki, operatorzy płatności, agenci współpracujący z Administratorem, na podstawie umów agencyjnych i franchisingowych, kontrahenci krajowi i zagraniczni w celu realizacji zawartej umowy, podmioty wspierające procesy księgowo i prawne oraz podmioty świadczące usługi IT, w tym hostingu. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres świadczenia usługi oraz czas konieczny do wykazania prawidłowego jej wykonania, rozpoznawania reklamacji, a także wynikający z innych przepisów np. podatkowych.

Przysługuje Pani/Panu sprzeciw wobec przetwarzania swoich danych osobowych, jeżeli Administrator przetwarza dane osobowe: 1. na potrzeby marketingu bezpośredniego; takiego sprzeciwu nie trzeba uzasadniać; 2. na podstawie innych prawnie uzasadnionych interesów Administratora; taki sprzeciw wymaga uzasadnienia Pani/Pana szczególną sytuacją.