**BIURO PIELGRZYMKOWE KSIĘŻY MARIANÓW**

**02-914 Warszawa, ul. Św. Bonifacego 9
tel. 22 833 74 05; 22 651 90 29; 22 833 32 33**[www.pielgrzymki.org.pl](http://www.pielgrzymki.org.pl)

**UMOWA – KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W PIELGRZYMCE ATITDE/18/1/235**

**AUSTRIA – WŁOCHY – NIEMCY 27 czerwca - 5 lipca 2018 (9 dni)**

***Diecezjalna Pielgrzymka Śladami Świętego Stanisława Kostki***

***w 450 rocznicę jego śmierci***

**Organizator pielgrzymki:** Marianum Sp. z o.o. (MARIANUM TRAVEL) reprezentowane w niniejszej Umowie przez:

**Ks. Janusz Cegłowski, tel. 662-282-325, e-mail: januszceglowski@wp.pl,** 06-500 Mława, ul. Graniczna 86

|  |
| --- |
|  |

**Uczestnik pielgrzymki:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Imiona\** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nazwisko\** |  | *PESEL* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Telefon kontaktowy* |  |
| *e-mail kontaktowy* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| d | d | - | m | m | - | r | r | r | r |  |

*Data, miejsce urodzenia\**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Adres zameldowania\** |

|  |  |
| --- | --- |
| ul. |  |

 |
| *Kod, Miejscowość\** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *Data ważności dokumentu* | d | d | - | m | m | - | r | r | r | r |  |

 |
| *Seria, nr dokumentu**paszport/dowód*  |
| *Uwaga! Dokument musi być ważny co najmniej pół roku od daty wyjazdu z Polski* |
| *Dane osoby kontaktowej podczas pielgrzymki\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |
| **Szczegółowy program pielgrzymki o nr ATITDE/18/1/235stanowi załącznik do niniejszej Umowy** |

Niniejszym oświadczam, że jako Uczestnik pielgrzymki zapoznałem(-a) się z Ogólnymi warunki uczestnictwa
w pielgrzymkach i imprezach turystycznych organizowanych przez MARIANUM TRAVEL z siedzibą w Warszawie, stanowiącymi integralną część niniejszej Umowy. Zgłoszenie uczestnictwa w pielgrzymce oraz prawdziwość danych zawartych w Zgłoszeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

|  |
| --- |
| **AKCEPTACJA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA "BEZPIECZNE PODRÓŻE" SIGNAL IDUNA** |
| Wyrażam zgodę na zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej określonej w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty. Ubezpieczony zwalnia leczących go lekarzy w kraju i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyraża pisemną zgodę na udostępnienie SIGNAL IDUNA przez podmioty udzielające mu świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej z jego leczenia, w celu ustalenia prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że powyższa zgoda ważna jest wyłącznie, pod warunkiem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data i czytelny podpis Uczestnika |  | Data i podpis osoby podpisującej Umowę w imieniu MARIANUM TRAVEL |
| ***Proszę wypełnić drukowanymi literami*** |  |