

**POLSKI ZWIĄZEK KRÓTKOFALOWCÓW**  
**Sekretariat ZG PZK**

ul. Modrzewiowa 25 85-635 Bydgoszcz adres korespondencyjny Skr.poczt. 54 85-613 Bydgoszcz 13  
Nordea S.A. konto : 33144012150000 000001950797  
z dopiskiem : obóz w sportach obronnych + imię i nazwisko uczestnika

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA AKCJI LETNIEJ 2009 rok**

**1) Informacje o Obozach**

Adres: Pensjonat „U CHOWAŃCÓW” 34-520 Poronin , ul.Tatrzańska 55

Baza nocleg w pokojach z łazienkami , wyżywienie 4 posiłki dziennie /domowa kuchnia, szwedzki stół/,  
kwaterymistrzowska , medyczna , kadra wychowawcza PZK , program na czas trwania obozu /znajduje się w  
PZK i na stronie PKARS należy się z nim zapoznać przed dokonaniem rezerwacji/, ubezpieczenie, wycieczki  
autokarowe,

Transport uczestników na i z obozu na własny koszt.

**2) Zobowiązanie rodzica do uiszczenia kosztów pobytu dziecka.**

Imię i nazwisko dziecka .....

Nazwa obozu .....Obóz Szkoleniowy w Sportach Obronnych

Koszt ...370zł.. Adres zamieszkania .....

Data i miejsce urodzenia ..... Numer PESEL .....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów pobytu dziecka na obozie ...Szkoleniowy w Sportach  
Obronnych..... w następujący sposób:

wpłata w wysokości ...370.... zł po potwierdzeniu rezerwacji miejsca na obozie – płatne przelewem do  
dnia 31.07.2009 r. Konto ZG PZK sekr . konto w Nordea S.A. 33144012150000 000001950797

Uwaga !: W przypadku rezygnacji z obozu w terminie do dnia 05.08.2009 r. organizator zwraca 50%  
całościowych kosztów na pisemny wniosek rodzica , po tym czasie wpłata nie zostanie zwrócona.

**3) Oświadczenie rodziców (opiekunów).**

W razie zagrożenia życia dziecka ..... zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi  
diagnostyczne, operację.

..... 2009r.  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

**4) Orzeczenie lekarskie.**

Po zbadaniu dziecka ..... stwierdzam, że  
może ono być uczestnikiem obozu:.... Szkoleniowego w Sportach Obronnych.. organizowanego przez  
Polski Związek Krótkofalowców w okresie :

od...15.08.2009r...do...29.08.2009r... w miejscowości PORONIN

Ewentualne uwagi lekarza /wskazania, przeciwwskazania/:

.....  
.....

Zalecenia dla wychowawcy: .....

Służby zdrowia: .....

..... 2009 r.  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)