

**NEJVĚTŠÍ PRODEJCE PLAVEB MSC CRUISES V ČESKÉ REPUBLICE**

**10 LET ZKUŠENOSTÍ NA LODÍCH MSC**

RIVIERA TOUR s.r.o. Lidečko 31 Horní Lideč 756 12 Vsetín IČO 259 117 41 DIČ CZ 25911741 WEB: [www.rivieratour.cz](http://www.rivieratour.cz/)

Kontakt: Tel: 0042 0 571 424 588 Email: [info@rivieratour.cz](mailto:info@rivieratour.cz)

**POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ÚČASTI NA VÝLETNÍ PLAVBĚ**

|  |  |
| --- | --- |
| Objednavatel : jméno a příjmení |  |
| Číslo cestovní smlouvy |  |
| Bydliště |  |
| PSČ |  |
| Email |  |
| Telefon |  |

**Na základě všeobecných obchodních podmínek CK RIVIERA TOUR vystavujeme tímto potvrzení o zdravotní způsobilosti účasti na výletní plavbě pro klienty starší 70 let:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Zdravotní pojištovna |  |
| Bydliště |  |

Plavby na moři vyžadují, z bezpečnostních důvodů, určitá specifika pro klienty, ke kterým je nutné přihlédnout již při objednávání plavby-zájezdu. **Důrazně upozorňujeme, že opomenutí anebo chybné vyhodnocení zdravotního stavu, může mít pro klienta fatální následky**. Vzhledem k tomu, že během plavby navštíví klient destinace, kde jsou různé zdravotní služby, zvyky, státní zřízení apod. je nutno vyplnění tohoto potvrzení věnovat náležitou pozornost.

# **Výše uvedený je zdravotně způsobilý k účasti na výletní plavbě. Potvrzujeme zejména, že výše uvedený:**

* *nemá* ***problémy s orientací anebo ztrátou paměti****, nebo částečnou ztrátou paměti, popřípadě nemocí ovlivňující stav reálného vyhodnocení situace*
* *v současné době neužívá léky, které by ovlivnili jeho orientaci, pamět…*
* *není nevidomý*
* *není* ***neslyšící a je schopen slyšet*** *pokynů pracovníků lodní společnosti a bezpečnostních zvukových signálů*
* *je schopen samostatně a sám jednat a vyhodnocovat situace*
* *je schopen sám a samostatně se* ***pohybovat a zdolávat překážky, zejména jako chůze po schodech****, eskalátorech a na nakloněných rovinách*
* *netrpí* ***duševní chorobou****, která by mohla ovlivnit jeho chování a uvažování*
* *netrpí* ***demencí, nebo částečnou demencí nebo*** ***alkoholismem***
* *netrpí epilepsií anebo jinou nemocí ohrožující jeho zdravotní stav během plavby*

***Pro plavby s dálkovými lety – Karibik, Arabské emiráty***

* *je schopen zvládnout dálkové lety* ***nad 10 hodin*** *letu s ohledem na zdravotní stav (trobmboza, neuropatie, kinetóza, aviofobie, riziko plicní embolie,*
* *je schopen* ***samostatné chůze při přestupech*** *na letišti (2-4 km)*

*Prostor pro vyjádření lékaře:*

Datum:………………………….. V …………………………………………….Podpis a razítko lékaře……………………………

**GENERAL DATA PROTECTION REGULATION**

Žadatel touto žádostí poskytuje dobrovolně data za účelem zpracování jeho žádosti. Data budou požita za účelem zpracování dokladů a cestovních smluv a budou předána třetím osobám do zemí mimo prostor Evropské unie za účelem zpracování vstupních formalit a víz, za účelem poskytnutí služeb plavební společností nebo hotelem, přepravcem nebo dodavatelem dalších dílčích služeb. Dále je možno data použít pro případ zajištění bezpečnosti, ochrany majetku či zdraví, zákonných důvodů a pro osobní zpracování správcem dat. Tyto data nejsou poskytována třetím osobám pro komerční užití a s jejich obsahem je seznámena úzká skupina náležitě poučených osob. Objednavatel služby svým podpisem potvrzuje, že tomuto výkladu řádně porozuměl a uděluje tímto souhlas.

Datum:………………………….. V …………………………………………….Podpis žadatele………………………………………………….