**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:**

|  |  |
| --- | --- |
| **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-zájedu. **Důrazně upozorňujeme, že opomenutí anebo chybné vyhodnocení zdravotního stavu, může mít pro klienta fatalní 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 neslýšící 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, výpadky paměti***
* *netrpí alkoholismem*
* *netrpí epilepsií anebo jinou nemocí ohrožující jeho zdravotní stav během plavby*
* *je schopen dálkové* ***autobusové přepravy (cca 21 hod)*** *nebo* ***letecké přepravy (až 12 hodin letu )***

*Prostor pro vyjádření lékaře:*

**Datum:………………………….. V …………………………………………….Podpisa 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 souhas.**

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