

Kao sudionik/ca dodavanja Izazov Marka Pola - 17.-19. rujna 2021., Korčula

izjavljujem da sam osobno odgovoran/na za svoju sigurnost, kao i za sve rizike i opasnosti koje proizlaze iz sudjelovanja na utrci. U potpunosti sam odgovoran/na za sve nezgode koje prouzročim organizatorima ili bilo kojoj trećoj strani koja je povezana s organizacijom utrke.

Potvrđujem da razumijem i da sam suglasan/na da organizatori utrke, partneri ili bilo koja treća strana ni na koji način nisu odgovorni za eventualne ozlijede, kao ni za štetu nastalu zbog izgubljene, otuđene ili oštećene imovine.

Suglasan sam štititi i osloboditi odgovornosti organizatore od bilo kakvih potraživanja, zahtjeva, obveza i naknada štete koje proizlaze ili se odnose na nesreću uzrokovanu mojom krivicom, kao i da ću snositi sve povezane troškove. Slažem se da neću podnositi tužbe protiv osoba, institucija i poduzeća koje su usko povezane s organizacijom ovog događaja.

Suglasan/suglasna sam da prihvaćam smjernice ponašanja u vidu sprečavanja širenja virusa COVID-19 izdane od strane nadležnog stožera civilne zaštite. Suglasan/suglasna sam da organizator ukoliko je potrebno može proslijediti moje podatke nadležnom stožeru civilne zaštite.

Odgovorno izjavljujem da nemam povišenu temperaturu - nisam bio/bila u samoizolaciji tijekom proteklih 14 dana - trenutno nemam simptome akutne respiratorne infekcije (povišenu tjelesnu temperaturu, kašalj, kratak dah) te da takve simptome trenutno nema nitko od članova mog kućanstva - posljednjih 20 dana nisam bio/bila u kontaktu s osobama za koje na bilo koji način postoji sumnja zaraze virusom COVID-19.

Slažem se s objavom fotografija i bilo kojeg foto/video materijala s utrke i ne očekujem ostvarivanje bilo kakvih prava vezanih uz vizualne materijale. Odobravam da se moji podaci, fotografije i snimke mogu koristiti u svrhu objave rezultata i promocije utrke.

Potvrđujem da sam pročitao/la uvjete, pravila i propise te da ih u potpunosti razumijem.

IME I PREZIME: _____

STARTNI BROJ (upisuje organizator pri registraciji): _____

ZDRAVSTVENO STANJE (Molim unijeti poznate bolesti, alergije, važne medicinske informacije, temperaturu):

MJESTO I DATUM: _____

POTPIS: _____

