



## THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF NITROX AND TECHNICAL DIVERS, INC.

IANTD World HQ, 119 NW EThan Place - Suite 101, Lake City, FL USA, Phone: 386-438-8312 Fax: 509-355-1297  
(dále jen IANTD nebo IANTD, Inc.)

regionální držitel licence pro území České republiky, Polska a Maďarska:  
IANTD Central Europe s. r. o., IČ: 45791597, DIČ: CZ45791597,  
Za potokem 46/4, PSČ 10600, Praha 10– Záběhlice, Česká republika  
www.iantd.cz, email: [iantd@iantd.cz](mailto:iantd@iantd.cz)

### ZPROŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI a souhlas se zpracováním osobních údajů

Zproštění odpovědnosti a prohlášení o upozornění na předpoklad rizik při účasti na kurzech a při potápění činěné zájemcem – účastníkem kurzu vůči IANTD, Inc. a IANTD Central Europe, s.r.o. , pro programy výcviků technického a sportovního potápění.

Čtěte, prosím, pozorně. Vyplňte veškerá prázdná místa. Parafujte všechny odstavce svými iniciálami před-tím, než podepíšete toto „Zproštění odpovědnosti“ na konci jeho druhé stránky.

Já, \_\_\_\_\_ nar. \_\_\_\_\_, bytem \_\_\_\_\_  
jakožto účastník kurzu ...../ spolu s nezletilým účastníkem též současně níže podesaný rodič/  
zákonný zástupce nezl. účastníka/ , prohlašuji, že:

- jsem byl varován před nebezpečím vyplývajícím z účasti na kurzu a byl/a upozorněn/a a podrobně seznámen/a s možnými riziky spojenými s technickým a sportovním SCUBA potápěním. Dále prohlašuji, že si zejména uvědomuji, že potápění se stlačeným vzduchem, kyslíkem obohaceným vzduchem (Nitrox), kyslíkem a/nebo heliem (Trimix a/nebo Heliox) a/nebo neonem je fyzicky náročné a samo o sobě či v souvislosti s mým aktuálním zdravotním stavem sebou nese určitá rizika, která zahrnují, ale neomezuji se na dekompresní nemoc, embolii, infarkt, mrtvice otravu kyslíkem, narkózu netečnými plyny, zranění v souvislosti s podvodní faunou a flórou nebo jiná barotraumatická nebo hyperbarická zranění, vyžadující léčbu v přetlakové komoře. Uvědomuji si také, že potápěčské výlety, které jsou nezbytné pro výcvik a získání kvalifikace, se mohou konat v místě časově a/nebo místně vzdáleném od takové přetlakové komory. Přesto chci pokračovat v takových instruktážních potápěčských SCUBA kurzech i při možné nedostupnosti přetlakové komory na místech ponoru. Souhlasím s tím, že ani můj instruktor/ři/společnosti, u níž/něhož výcvik absolvuji, ani IANTD, Inc. ani žádný z jejich zaměstnanců, úředníků, agentů nebo jiných pověřených či zmocněných osob (nadále „zproštěná strana“) nemohou být žádným způsobem voláni k zodpovědnosti za jakékoli zranění nebo smrt nebo jiné škody, vzniklé mně nebo mé rodině, dědicům nebo jiným zmocněným osobám, jako důsledek mé účasti v tomto kurzu nebo jako důsledek ať aktivní či pasivní nedbalosti kterékoli osoby včetně „zproštěné strany“. Výslovně tedy zprošťuji tyto osoby odpovědnosti a souhlasím s tím, že se vylučuje povinnost v tomto odstavci zmíněných osob a subjektů k úhradě újmy, kterou mohu utrpět v průběhu či důsledku účasti v kurzu a na své účasti trvám. Vzhledem k tomu, že jsem se mohl zapsat do

tohoto kurzu, na sebe v souvislosti s tímto kurzem přebírám veškerá rizika za jakékoli škody nebo zranění, ke kterým mohu během kurzu přijít, včetně rizik předvídatelných i nepředvídatelných.

- vůči kurzu i „zproštěné straně“ se nebudu ani já, ani moje rodina, ani mí dědicové nebo zmocněné osoby domáhat žádných nároků ani proti nim nepovedu soudní spor v souvislosti s mojí účastí v tomto kurzu. Toto platí i pro dobu po získání certifikace
- jsem zdravotně způsobilý k účasti na kurzu do něhož jsem se přihlásil a že v tomto směru nejsem nijak omezen
- jsem kvalifikovaný potápěč a že jsem svoji kvalifikaci získal/a u následující firmy/organizace: \_\_\_\_\_ a že jsem si vědom/a nutnosti prokázat se požadovanou certifikací nebo odpovídajícími zkušenostmi. Svoji certifikaci SCUBA potápěče \_\_\_\_\_ jsem získal/a v roce \_\_\_\_\_ a potápím se \_\_\_\_\_ rok/roky/let. Celkem jsem absolvoval/a \_\_\_\_\_ ponorů do maximální hloubky \_\_\_\_\_ metrů.
- si uvědomuji, že pojmy zde užívané jsou smluvní povahy a jsem si vědom z toho vyplývající právní závaznosti a toho, že mé vztahy k IANTD a závazky vyplývající z tohoto prohlášení se řídí právem USA. Můj podpis tohoto dokumentu je výrazem mé vlastní a svobodné vůle.

Poskytuji současně své zde a ve Zdravotním dotazníku mnou uvedené osobní údaje IANTD/ IAND Inc, resp. jejímu regionálnímu zástupci a též instruktorovi/ společnosti u níž výcvik absolvuji za účelem jejich shromažďování a zpracování pro potřeby vedení členské agendy a za účelem vydání a evidence příslušné certifikace o mé kvalifikaci v rámci IANTD. IANTD/ IAND Inc, / její regionální zástupce/ je oprávněn tyto údaje shromažďovat, zpracovávat a uchovávat pouze pro tento stanovený účel evidence certifikovaných osob a po dobu nezbytně nutnou.

Účastník kurzu:.....

datum: \_\_\_\_\_ podpis: \_\_\_\_\_

Rodič/ zákonný zástupce nezletilého účastníka:.....

bytem.....

datum: \_\_\_\_\_ podpis: \_\_\_\_\_