

Non-Agency Disclosure and Acknowledgment Agreement

Rozumiem i akceptuję fakt, że PADI Members („Członkowie”), w tym _____ (sklep/centrum) i/lub każdy PADI Instructor i Divemaster związany z programem, w którym uczestniczę, są uprawnieni do wykorzystywania różnych znaków towarowych PADI oraz do prowadzenia kursów PADI. Nie są oni jednak przedstawicielami, pracownikami lub franczyzobiorcami PADI Americas, Inc, oraz ich macierzystych, zależnych i powiązanych korporacji („PADI”). Rozumiem również, że Członkowie prowadzą niezależną działalność gospodarczą, która nie jest własnością PADI, jak również nie jest prowadzona przez PADI. Mimo że PADI wyznacza standardy kursów nurkowania PADI, nie ponosi odpowiedzialności za prowadzenie przez Członków działalności gospodarczej i codzienne przeprowadzanie szkoleń PADI oraz nadzorowanie nurków poprzez Członków lub ich współpracowników, jak również nie ma prawa kontrolować tych czynności. Rozumiem również i akceptuję w imieniu swoim, moich spadkobierców i mojego prawnego następcy, że w razie urazu lub śmierci w trakcie trwania niniejszej aktywności ani ja, ani moje mój prawny następca nie będziemy obciążać PADI odpowiedzialnością za tę aktywność, bezczynność lub zaniedbanie _____ (sklep/centrum) i/lub instruktorów i divemasterów mających związek z tą aktywnością.

W CAŁOŚCI ZAPOZNAŁEM / ZAPOZNAŁAM SIE Z ZAWARTOŚCIĄ NINIEJSZEJ UMOWY O ZWOLNIENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI I PRZEJECIU RYZYKA ORAZ NIEAGENCYJNA UMOWA O UJAWNIENIU I UZNANIU, CZYTAJĄC OBIE UMOWY PRZED ZŁOŻENIEM PONIZSZEGO PODPISU W IMIENIU SWOIM I MOICH SPADKOBIERCÓW I POTWIERDZAM, ZE FORMULARZ MEDYCZNY JEST ZGODNY Z PRAWDA.

Podpis uczestnika

Data (Dzien/Miesiac/Rok)

Non-Agency Disclosure and Acknowledgment Agreement

Rozumiem i akceptuję fakt, że PADI Members („Członkowie”), w tym _____ (sklep/centrum) i/lub każdy PADI Instructor i Divemaster związany z programem, w którym uczestniczę, są uprawnieni do wykorzystywania różnych znaków towarowych PADI oraz do prowadzenia kursów PADI. Nie są oni jednak przedstawicielami, pracownikami lub franczyzobiorcami PADI Americas, Inc, oraz ich macierzystych, zależnych i powiązanych korporacji („PADI”). Rozumiem również, że Członkowie prowadzą niezależną działalność gospodarczą, która nie jest własnością PADI, jak również nie jest prowadzona przez PADI. Mimo że PADI wyznacza standardy kursów nurkowania PADI, nie ponosi odpowiedzialności za prowadzenie przez Członków działalności gospodarczej i codzienne przeprowadzanie szkoleń PADI oraz nadzorowanie nurków poprzez Członków lub ich współpracowników, jak również nie ma prawa kontrolować tych czynności. Rozumiem również i akceptuję w imieniu swoim, moich spadkobierców i mojego prawnego następcy, że w razie urazu lub śmierci w trakcie trwania niniejszej aktywności ani ja, ani moje mój prawny następca nie będziemy obciążać PADI odpowiedzialnością za tę aktywność, bezczynność lub zaniedbanie _____ (sklep/centrum) i/lub instruktorów i divemasterów mających związek z tą aktywnością.

W CAŁOŚCI ZAPOZNAŁEM / ZAPOZNAŁAM SIE Z ZAWARTOŚCIĄ NINIEJSZEJ UMOWY O ZWOLNIENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI I PRZEJECIU RYZYKA ORAZ NIEAGENCYJNA UMOWA O UJAWNIENIU I UZNANIU, CZYTAJĄC OBIE UMOWY PRZED ZŁOŻENIEM PONIZSZEGO PODPISU W IMIENIU SWOIM I MOICH SPADKOBIERCÓW I POTWIERDZAM, ZE FORMULARZ MEDYCZNY JEST ZGODNY Z PRAWDA.

Podpis uczestnika

Data (Dzien/Miesiac/Rok)