**Prihláška**

**Letný tábor mladých včelárov 2024 – 13. ročník**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informácie o letnom tábore** | | | |
| **Organizátor:** | **SLOVENSKÝ ZVÄZ VČELÁROV**  Svrčia 74/14, 842 08 Bratislava 4  IČO 00 178 349, zapísaná v registri Združení s potvrdenou účasťou reg. číslo VVS/1-909/90-40, reg. úrad MV SR  (ďalej ako „SZV“) | | |
| **Miesto:** | **Stredná odborná škola Pod Bánošom**  **Pod Bánošom 80**  **974 11 Banská Bystrica** | | |
| **Termín:** | od 19. júla do 28. júla 2024 | | |
| **Poplatok:** | 300 € | | |
| **Poplatok uhradiť prevodom na účet:** | | | |
| **IBAN:** | SK 14 8330 0000 0024 0185 7872 | | |
| **Variabilný symbol:** | dátum narodenia dieťaťa | | |
| **Termín doručenia prihlášky vrátane úhrady poplatku:** | do 15. mája 2024 | | |
| **Prihlášku zaslať na adresu:** | **Sekretariát SZV**  Svrčia 14  842 08 Bratislava | alebo e-mailom na: | **sekretariat@vcelari.sk** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dieťa (účastník tábora)** | | | |
| **Meno a priezvisko:** |  | **Dátum narodenia:** |  |
| **Bydlisko:** |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informácie o zdravotnom stave účastníka** | |
| Uveďte prosím, alergie, ktorými dieťa trpí a zoznam liekov na lekársky predpis, ktorých absencia užívania počas trvania tábora by viedla k ohrozeniu života dieťaťa: |  |
| Špecifická diéta: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zákonný zástupca (objednávateľ tábora)** | |
| **Meno a priezvisko:** |  |
| **Tel. číslo:** |  |
| **E-mail:** |  |

S prihláškou zašlite aj fotokópiu **dokladu o zaplatení**. Vyplnenie a odoslanie prihlášky na adresu sekretariátu SZV alebo na príslušnú e-mailovú adresu sa **považuje za záväzné**.

Podpisom prihlášky zároveň potvrdzujete, že ste si pred jej vyplnením Všeobecné podmienky účasti na táboroch SZV prečítali, ich obsahu porozumeli a súhlasili s nimi.

V   ***,*** dňa

|  |  |
| --- | --- |
| .............................................................  **Podpis zákonného zástupcu**  otec | .............................................................  **Podpis zákonného zástupcu**  matka |