

NYILATKOZAT

Alulírott (szül. hely, idő:
a.n:, lakcím:

mint a Egyesület (székhely:)
tagja, a Magyar Kick-Box Szövetség (székhely: 1133 Budapest, Árbóc u. 6.) edzőjeként az alábbi nyilatkozatot teszem:

Kijelentem, hogy az általam felkészített versenyzők doppingmentesnek minősülnek, azaz tartózkodnak (a múltban is tartózkodtak, és a jövőben is tartózkodni fognak) a WADA doppinglistáján szereplő bármilyen szer, vagy módszer használatától, egyben mindent megteszek azért, hogy ezen versenyzők mintát szolgáltatassanak, illetve a mintavételen részt vegyenek, a mintavétel rendjét betartsák, illetve arra is, hogy azt semmilyen módon nem akadályozzák sem ők, sem én. Kötelezettséget vállalok arra is, hogy mindent megteszek azért, hogy a versenyzőim a versenyen kívül is rendelkezésre álljanak, ezen belül tartózkodási helyükre vonatkozó információkat vagy közvetlenül a versenyző, vagy én biztosítom, és a doppingellenőrzésen való részvételre vonatkozó, valamint WAKO és Magyar Kick-Box doppingszabályzatában meghatározott tájékoztatási követelményeknek mindenben megfeleljen a versenyző akár közvetlenül, akár az én közreműködésemmel. Kötelezettséget vállalok arra is, hogy a doppingellenőrzést nem manipulálom, tiltott szert nem is birtokolok, azzal nem rendelkezem, illetve tiltott módszert nem alkalmazok, kivéve, ha igazolom az előzetesen, hogy gyógyászati célú mentességet élvez. Kötelezettséget vállalok arra is, hogy tiltott szert nem állítok elő, nem szerzek meg, másnak nem adok át, tiltott módszert nem dolgozok ki, illetve ilyen módszert mással nem ismertetek meg.

Kötelezettséget vállalok arra is, hogy ha a versenyzőim bármilyen gyógyszert, egyéb gyógyhatású készítményt, illetve táplálék kiegészítőt vásárolnak, vagy kapnak azt - annak használata előtt – bejelentik vagy közvetlenül, vagy általam a Magyar Kick-Box Szövetség által kijelölt orvosnak. Egyben hozzájárulást adok ahhoz, hogy a versenyzőim sérüléseiről, betegségeiről (beleértve a válogatottnál szerzett sérüléseket, történt megbetegedéseket is) a Magyar Kick-Box Szövetség által kijelölt orvos nyilvántartást vezessen, és a teljes körű adat szolgáltatásának érdekében mindent megteszek.

Kötelezettséget vállalok arra is, hogy a versenyzőim sürgősségi betegellátása esetén az annak során használt gyógyszerek tekintetében a rendelkezésére álló orvosi iratokat az ellátás befejezését követően - soron kívül, de legkésőbb 3 napon belül – akár közvetlenül a versenyző, akár én, bemutatjuk a Magyar Kick-Box Szövetség által kijelölt orvosnak.

Jelen nyilatkozatomért, és az abban foglalt kötelezettségvállalások betartásáért teljes körű büntető-, és polgári jogi felelősséget vállalok, az ennek megszegéséből eredően, mind az egyesületemnek, mind a Magyar Kick-Box Szövetségnek okozott kárért, akár szándékos, akár gondatlan a kötelezettségszegésem, az okozott kár teljes összegének erejéig (korlátlan) felelősséggel tartozom.

Kelt:, 20... év ... hó ... nap

.....
edző

Előttük, mint tanúk előtt:

1. sz. tanú:
név, aláírás

.....
lakcím

2. sz. tanú:
név, aláírás

.....
lakcím