



Piotrków Trybunalski, dn. 2020 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko literami drukowanymi)

oświadczam, że jestem świadomy(a) ryzyka zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19, w związku z przebywaniem na terenie Sky Force Polskie Centrum Spadochronowe, a także prowadzeniem czynności lotniczych.

Wobec powyższego zrzekam się wszelkich roszczeń wobec w/w podmiotu w związku z ewentualnym zarażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 w czasie przebywania na terenie Sky Force Polskie Centrum Spadochronowe, a także prowadzenia czynności lotniczych.

.....
podpis (imię i nazwisko)