

Broj licence



# International Cycling Union

## Hrvatski biciklistički savez



Fotografija (30x35mm)

Kod prvog izdavanja licence pri HBS - dvije fotografije

**Zahtjev za izdavanje dužnosničke licence za sezonu 2015.**

Kategorija:	Trener <input type="checkbox"/> Službenik <input type="checkbox"/> Dužnosnik HBS-a <input type="checkbox"/> Pratitelj <input type="checkbox"/> Liječnik <input type="checkbox"/> Fizioterapeut <input type="checkbox"/> Direkt.ekipe <input type="checkbox"/> Organizator <input type="checkbox"/> Vozač pratitelj <input type="checkbox"/> Mehaničar <input type="checkbox"/> Sudac <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/>	
Klub podnositelja zahtjeva:		
Tijelo (savez ili UCI) koje je izdalo licencu u 2014.:	HBS <input type="checkbox"/>	Nelicenciran u 2014. <input type="checkbox"/>
PREZIME:	Izdao drugi savez (navesti):	
Ime:		
Državljanstvo:	Rep. Hrvatske <input type="checkbox"/>	Druge države (navesti):
Adresa (poštanski broj):	Grad:	Ulica:
JMBG ili datum rođenja:	OIB:	
Telefon:	e-mail:	
Kazne i suspenzije, naziv i trajanje:		
Mjesto i zemlja prethodnog prebivališta (ako se promijenilo u 2014.):		
Zemlje u kojima podnositelj ima druga mjesta boravišta:		

Polica	Podaci o obaveznom osiguranju kod tjelesnih ozljeda:	Podaci o obaveznom osiguranju za štetu pričinjenu trećim osobama.:
Osiguratelj:	UNIQA osiguranje	nema pokrića
Ugovaratelj:	Hrvatski biciklistički savez, Trg Krešimira Čosića 11, Zagreb	
Nositelj:	Osoba licencirana pri HBS-u	
Vrijedi do:	01.01.2015.- 31.12.2015.	
Na području:	Svijeta	
Iznos zajamčene sume:	Smrtni slučaj - 50.000kn	
	Trajni invaliditet - 100.000kn	
	Svaki dan u bolnici nakon nezgode - <b>nema pokrića</b>	
	Troškovi nezgode u RH - <b>nema pokrića</b>	

Izjavljujem da sam svjestan svih razloga zbog kojih licenca ne mora biti izdana. Obavezujem se da ću vratiti licencu kada dođe do novih događaja koji bitno mijenjaju stanje koje je bilo u trenutku izdavanja licence. Izjavljujem da tijekom iste godine nisam zatražio licencu od UCI-a ili od ikojeg drugog nacionalnog saveza. Preuzimam punu odgovornost za predani zahtjev za izdavanje licence i daljnju uporabu izdane licence. **Potvrđujem da sam svjestan odredbi članka 71. Zakona o sportu (NN 71/06) i Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o športu (NN 86/12) po kojima liječnički pregled mora biti obavljen unutar 6 mjeseci prije sportskog natjecanja.**

Ovime prihvaćam i poštujem Statut i pravila Međunarodne biciklističke unije, njezinih kontinentalnih konfederacija i njenih nacionalnih saveza.

Izjavljujem da sam pročitao ili imao priliku pročitati statute i pravilnike spomenutih organizacija.

Sudjelovati ću na biciklističkim natjecanjima ili drugim priredbama na lojalan i sportski način. Podložiti ću se disciplinskim mjerama koje su će mi biti izrečene te ću uložiti žalbu tijelu za to zaduženom prema pravilima. Prihvaćam CAS kao jedino mjerodavno sudište u slučaju žalbe prema i u suglasnosti sa Pravilima. Odluku CAS prihvaćam kao konačnu i obvezujuću, na koju se nije moguće žaliti.

Pridržavanjem prava, svaki spor s UCI-em prepustiti ću isključivo sucima u UCI-evoj središnjici.

Prihvaćam da ću biti u suglasju s UCI antidoping pravilima, Svjetskim antidoping kodom, Svjetskim standardima na koja se UCI antidoping pravila odnose, kao i antidoping pravila drugih nadležnih tijela predviđenih UCI pravilima i Svjetskim antidoping kodom, pod uvjetom da su ta pravila u suglasju sa Svjetskim antidoping kodom.

Prihvaćam da se rezultati testa obznane u javnosti i dostave u svim pojedinostima mom klubu/trade teamu ili mom treneru ili liječniku. Prihvaćam da bilo koju primjedbu na rezultat uputim na "Court of arbitration for sport" (CAS), čiju ću odluku prihvatiti kao konačnu. Prihvaćam da svi uzorci urina postanu vlasništvo UCI-a i da ih UCI može analizirati, osobito u cilju istraživanja i informacija u cilju zaštite zdravlja. Prihvaćam da moj liječnik i/ili liječnik mog kluba/UCI teama dostavi UCI-u, na zahtjev UCI-a, popis svih lijekova koje sam primao i tretmana kroz koje sam prošao prije natjecanja. Prihvaćam sve uvjete krvnih testova i prihvaćam obavljanje krvnog testa.

**Svjestan sam da licenca neće biti izdana ako zahtjev za izdavanje licence istinito i u cijelosti nije ispunjen.**

		M.P.	
_____ Potpis podnositelja zahtjeva	_____ Datum		_____ Potpis predsjednika kluba