

Slovenská plavecká federácia

Sekcia plávania

Žiadosť o zaradenie podujatia do Termínovej listiny SPF na rok 20__

bazénové plávanie

Celý názov a adresa žiadateľa /riadneho člena SPF/ o zaradenie podujatia do Termínovej listiny:

Názov žiadateľa:

Adresa:

IČO: DIČ:

Kontaktná osoba:

Mobil: E-mail:

Podujatie:

Názov podujatia:

Termín konania podujatia:

Náhradný termín konania:

Miesto konania podujatia:

Počet poľdní podujatia:

Vekové kategórie:

Druh podujatia (zvoľte o aké podujatie máte záujem)

kvalifikačné súťaže FINA a LEN (podľa čl.29 ods. 1 Súťažného poriadku plávania)

Hlavný rozhodca FINA:

Štartér FINA:.....

program disciplín, atest zamerania dĺžky súťažného bazéna a mená FINA rozhodcov musia byť súčasťou žiadosti

súťaže zaradené do Slovenského pohára družstiev v plávaní (podľa čl.29 ods. 1 Súťažného poriadku plávania)

program disciplín musia byť súčasťou žiadosti

ostatné súťaže nezaradené do kalendára FINA a LEN (podľa čl.29 ods. 2 alebo 3 Súťažného poriadku plávania)

súťaž organizovaná subjektom, ktorý nie je členom SPF (Podľa čl. 29 ods. 4 alebo 5 Súťažného poriadku plávania)

iné

Táto žiadosť sa súčasne v prípade vašej požiadavky, považuje aj za žiadosť o zaradenie podujatia do Kalendára LEN, resp. žiadosť o kvalifikačné podujatie FINA, ak podujatie spĺňa požadované predpoklady.

Informácie o bazéne:

dĺžka súťažného bazéna: 25 m 50 m, počet dráh: _____, šírka plaveckej dráhy: _____ m

typ súťažného bazéna: otvorený krytý

možnosť ďalšieho bazéna k vyplávaniu: áno nie

dĺžka bazéna k vyplávaniu: _____ m

typ bazéna k vyplávaniu: otvorený krytý

Požiadavka na zabezpečenie AČZ:

Na podujatie žiadame AČZ: **ÁNO** **NIE**

Dotykové dosky AČZ: na jednu stranu bazéna na obe strany bazéna

Informačná tabuľa SIZ: osemriadková (len čísla) desaťriadková (aj text) svetelná farebná

Odskokové dosky: **ÁNO** **NIE**

Pomôcka pre štart znakových disciplín: **ÁNO** **NIE**

Osoba, ktorá bude vykonávať obsluhu AČZ / SIZ (povinný údaj k schváleniu zapožičania AČZ):

Meno a priezvisko: Mobil:

Osoba, ktorá prevezme AČZ / SIZ spolu s vozidlom SPF určeným na prepravu zariadení:

Meno a priezvisko: Mobil:

Dátum a čas prevzatia zariadení AČZ / SIZ:

Dátum a predpokladaný čas vrátenia zariadení AČZ / SIZ:

Požiadavka na zabezpečenie PAČZ:

Na podujatie žiadame PAČZ: **ÁNO** **NIE**

Osoba, ktorá prevezme PAČZ (povinný údaj k schváleniu zapožičania PAČZ):

Miesto prevzatia a spôsob dopravy si musí prenajímateľ dohodnúť sám s osobou, ktorá má na jednotlivých oblastiach PAČZ v správe

Meno a priezvisko: Mobil:

Dátum prevzatia zariadení PAČZ:

Dátum vrátenia zariadení PAČZ:

Táto žiadosť je súčasne aj žiadosťou o poskytnutie AČZ alebo PAČZ na podujatie, ak sa jej poskytnutie požadujete.

V prípade, že neuviedete osobu obsluhovateľa, Vaša žiadosť bude akceptovaná iba v časti žiadosti o zaradenie do kalendára, ale bez AČZ.

V prípade, že neuviedete osobu, ktorá prevezme PAČZ, Vaša žiadosť bude akceptovaná iba v časti žiadosti o zaradenie do kalendára, ale bez PAČZ.

Meno a priezvisko štatutárneho zástupcu riadneho člena SPF:

Žiadosť vypracovaná dňa:

.....
podpis štatutárneho zástupcu

PLAVECKÝ KLUB NOVÉ ZÁMKY
Turecká 3
940 01 Nové Zámky
IČO: 36 106 763, DIČ: 2021493826
- 1 -

**Žiadosť, vrátane príloh, je nutné zaslať do 20.11. predchádzajúceho roku konania podu
mailovú adresu: plavanie@swimmsvk.sk a kópiu na pl@swimmsvk.sk.**