

कर्दळीवन सेवा संघ पुणे आयोजित
आदि कैलास यात्रा २०२०

नोंदणी अर्ज

यात्रा दिनांक :-

अडवान्स रक्कम :-

नोंदणी दिनांक :-

बॅलन्स रक्कम :-

- १) नाव :- _____
- २) पूर्ण पत्ता :- _____
- व्हॉट्सॲप क्रमांक :- _____ मोबाईल :- _____
- ईमेल :- _____
- ३) जन्म तारीख :- _____ वय :- _____ लिंग :- स्त्री/ पुरुष _____
- ४) आधार कार्ड क्रमांक :- _____ पॅन कार्ड क्रमांक :- _____
- ५) व्यवसाय :- _____
- ६) पूर्वी कोणत्या यात्रा / परिक्रमा केल्या आहेत का? _____
- ७) आपली पत्नी / पती, मुलगा, मुलगी, जवळचे नातेवाईक यांना आदि कैलास यात्रेमध्ये सहभागी होत आहात याची माहिती दिली आहे का? _____ होय/ नाही.
- ८) पत्नी/ पती यांचे नाव :- _____
- व्हॉट्सॲप क्रमांक :- _____ मोबाईल :- _____
- ईमेल :- _____
- ९) जवळच्या नातेवाईकाचे नाव :- _____
- व्हॉट्सॲप क्रमांक :- _____ मोबाईल :- _____
- १०) आदि कैलास यात्रेसंबंधी सर्व माहिती, मार्ग, त्यातील जोखीम, यात्रा कार्यक्रम इ. सर्व माहिती नीट समजून घेतली आहे का? ☐ होय/ नाही. यात्रेदरम्यान आयोजकांचे निर्णय, शिस्त आणि सूचना यांचे काटेकोरपणे पालन करण्याची हमी तुम्ही देत आहात का? ☐ होय/नाही. यात्रेदरम्यान आयोजकांना सर्व प्रकारच्या परिस्थितीमध्ये सर्व प्रकारचे सहकार्य करण्याचे आश्वासन तुम्ही देत आहात का? ☐ होय /नाही.

मी आदि कैलास यात्रेची सविस्तर माहिती घेतली असून तिचा मार्ग, त्यातील जोखिम, माझी जबाबदारी, यात्रेचे नियम आणि महत्त्वपूर्ण सूचना मी समजून घेतल्या आहेत. मी शारीरिक आणि मानसिकदृष्ट्या पंचकेदार यात्रा करण्यात सक्षम आणि तंदुरुस्त आहे अशी खात्री मी देत आहे. ही यात्रा यशस्वी होण्यासाठी मी सर्वतोपरी सहकार्य करीन याची मी हमी देत आहे. मी माझ्या वैयक्तिक इच्छेने आणि पूर्ण विचार करून या यात्रेमध्ये सहभागी होत आहे. मी माझी स्वतःची सर्व काळजी घेईन आणि कोणतीही अप्रिय घटना घडल्यास आयोजकांवर कोणतीही कायदेशीर जबाबदारी नसेल असे मी येथे जाहिर करतो. जर एखादा अपघात, दुर्दैवी घटना, निसर्गाचा प्रकोप, संपत्तीचे नुकसान, दुखापत अथवा मृत्यू, कार्यक्रमांमध्ये बदल, विलंब इ. घटनांसाठी मी आयोजकांना जबाबदार धरणार नाही आणि याची मला पूर्ण जाणीव आहे.

तातडीच्या कारणाने, गरजेनुसार जर हेलिकॉप्टर द्वारे सुटका करण्याचा प्रसंग उद्भवला किंवा तातडीच्या कारणाने दवाखान्यात दाखल करावे लागले किंवा तातडीचे विशिष्ट उपचार करावे लागले किंवा इतर कोणताही आर्थिक खर्च करावा लागला तर तो खर्च करण्याची पूर्ण जबाबदारी माझी राहील. त्याची कोणतीही आर्थिक वा अन्य जबाबदारी आयोजकांवर राहणार नाही. इमर्जन्सीच्या वेळी येणारा सर्व खर्च मी किंवा माझे वारस यांना करावा लागेल याला माझी संमती आहे.

कृपया मला आदि कैलास यात्रेमध्ये सहभागी करून घ्यावे आणि माझी नोंदणी करावी ही विनंती.

ठिकाण : _____ सही : _____

दिनांक : _____ पूर्ण नाव : _____

साक्षीदार :

नाव : _____ सही : _____

पत्ता : _____

सूचना : सर्व प्रकारच्या तक्रारी, दावे यासाठी न्यायलयीन प्रक्रियेची सीमा, पुणे शहर न्यायालयीन क्षेत्र हे राहिल.