

Анкета кандидата в члены аккредитационной комиссии ЕАРАЗА*

Контактная информация

Имя	Место для ввода текста.
Организация/ организации	Место для ввода текста.
Страна	Место для ввода текста.
Эл. почта	Место для ввода текста.
Рабочий тел.	Место для ввода текста.
Мобильный тел.	Место для ввода текста.
Языки	Место для ввода текста.

Должность

- Директор
- Куратор коллекции/замдиректора по зооветчасти/аналогичная должность
- Ветеринар
- Заведующий отделом/сектора/главный специалист или иная аналогичная должность
- Другое Место для ввода текста.

Опыт работы

Сколько лет вы проработали в зоопарках/аквариумах/аналогичных организациях?

- 5-10 лет
- 10-15 лет
- 15-20 лет
- 20+ лет

Есть ли у Вас, по меньшей мере, 5-летний стаж работы в учреждении, являющимся полноправным членом ЕАРАЗА, ЕАЗА, WAZA или любой национальной ассоциации?

- Да
- Нет

Специализация

Экспертом по каким видам/таксонам вы являетесь?

Место для ввода текста.

В учреждениях какого типа вы работаете/работали? (аквариум, парк птиц, сафари-парк, и т.п.)

Место для ввода текста.

Какими другими специализированными знаниями вы владеете? (строительство, законодательство, маркетинг и т.п.)

Место для ввода текста.

Дополнительная информация о себе

Место для ввода текста.

Готовы ли вы участвовать в инспекциях за пределами своей страны?

- Да Нет

Согласие и подпись

Настоящим выражаю своё согласие принимать участие в одной или более инспекций в год и осознаю, что принимающее учреждение обязуется покрывать только мои расходы на проезд, проживание и питание.

Я подтверждаю, что страхование здоровья и жизни оплачивает учреждение, представителем которого я являюсь, или включено в мою личную страховку путешественника. Я понимаю, что EARAZA не несёт никакой ответственности или обязательств по оказанию мне финансовой или иной помощи, в том числе в области медицинского обслуживания, выплат по инвалидности или страховки. Я отказываюсь от любого такого требования о компенсации или ответственности со стороны EARAZA помимо того, что EARAZA может добровольно предложить в случае травмы или медицинских расходов, понесённых мной.

Имя	Место для ввода текста.
Подпись	Место для ввода текста.
Дата	Место для ввода даты.

Заполняется директором учреждения-члена EARAZA, представителем которого является заявитель

Настоящим я заявляю, что вышеупомянутому специалисту будет предоставлена возможность не реже одного раза в год участвовать в инспекциях.

Я понимаю, что возмещаются/оплачиваются только расходы членов аккредитационной комиссии на проезд и проживание (включая проживание и питание) во время проведения инспекции, любые другие расходы или рабочее время не оплачиваются.

Я понимаю, что EARAZA не несёт никакой ответственности или обязательств по оказанию финансовой или иной помощи, в том числе в области медицинского обслуживания, выплат по инвалидности или страховки вышеупомянутому специалисту, за исключением того, что EARAZA может предложить добровольно.

Имя	Место для ввода текста.
Подпись	Место для ввода текста.
Дата	Место для ввода даты.

Отправьте заполненную анкету по адресу: earaza@mail.ru

**Спасибо за ваше предложение!
О результатах рассмотрения заявления Вам будет сообщено дополнительно.**

** утверждена Президиумом EARAZA 04.08.2023 г.*