



Załącznik 2d: Zgoda na skorzystanie z usług MYSTERIOUS ROOM przez osoby nieposiadające pełnej zdolności do czynności prawnych (osoby niepełnoletnie między 8. a 14. rokiem życia) - DRUK Z4

OPIEKUN GRUPY		
Imię:		
Nazwisko:		
Telefon kontaktowy*:		
OSOBY NIEPEŁNOLETNIE		
1.	Imię, nazwisko, rok urodzenia:	
2.	Imię, nazwisko, rok urodzenia:	
3.	Imię, nazwisko, rok urodzenia:	
4.	Imię, nazwisko, rok urodzenia:	
5.	Imię, nazwisko, rok urodzenia:	

*telefon kontaktowy jest potrzebny w celu weryfikacji, czy rzeczywiście opiekun prawny wyraził zgodę lub w przypadku nadzwyczajnych okoliczności w celu kontaktu z opiekunem prawnym.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem, w tym z Zasadami Gry i Bezpieczeństwem obowiązującym w MYSTERIOUS ROOM, a ww. osoby niepełnoletnie nie posiadają przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w grze typu escape room.

Wyrażam zgodę, aby wymienione powyżej osoby niepełnoletnie samodzielnie korzystały z usług MYSTERIOUS ROOM.

Zgoda obowiązuje od dnia _____ do _____

(prosimy podać okres obowiązywania zgody)

Podpis: _____

Data: _____

Zgodę można w każdym momencie wycofać przez zgłoszenie faktu wycofania zgody pracownikom MYSTERIOUS ROOM na piśmie, co nie wpłynie na czynności podjęte przed jej wycofaniem, natomiast uniemożliwi korzystanie z MYSTERIOUS ROOM przez ww. osoby niepełnoletnie. Informacje dot. przetwarzania danych osobowych znajdują się w Polityce prywatności.

Zgodę należy okazać każdorazowo na wezwanie obsługi MYSTERIOUS ROOM. W przypadku braku zgody pracownicy MYSTERIOUS ROOM mają prawo odmówić skorzystania z Usług.