



**Załącznik 2a: Zgoda na skorzystanie z usług MYSTERIOUS ROOM przez osobę nieposiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych (osoba niepełnoletnia powyżej 15. roku życia)- DRUK ZI**

OPIEKUN	
Imię:	
Nazwisko:	
Telefon kontaktowy*:	
OSOBA NIEPEŁNOLETNIA	
1.	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. osoba niepełnoletnia nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w grze typu escape room.

**Wyrażam zgodę, aby wymieniona powyżej osoba niepełnoletnia samodzielnie korzystała z usług MYSTERIOUS ROOM.**

Zgoda obowiązuje od dnia \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

(prosimy podać okres obowiązywania zgody).

Podpis:

Data:

Zgodę można w każdym czasie 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. osobę niepełnoletnią. 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.*