Załącznik 2: Zgoda na skorzystanie z usług MYSTERIOUS ROOM przez osoby nieposiadające pełnej zdolności do czynności prawnych (osoby małoletnie powyżej 15. roku życia)

OPIEKUN GRUPY	
Imię:	
Nazwisko:	
Telefon kontaktowy*:	

OSOBY MAŁOLETNIE		
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 potrzeby 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 MYSTERIOUS ROOM, w tym z zasadami udziału w Grze i zasadami bezpieczeństwa, a ww. osoby małoletnie nie posiadają przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w grze typu escape room. **Wyrażam zgodę, aby wymienione powyżej osoby małoletnie 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 Obsłudze MYSTERIOUS ROOM na piśmie, co nie wpłynie na czynności podjęte przed jej wycofaniem, natomiast uniemożliwi korzystanie z MYSTERIOUS ROOM przez ww. osoby małoletnie. Informacje dot. przetwarzania danych osobowych znajdują się w Polityce prywatności.

Zgodę należy okazać każdorazowo na wezwanie Obsługi MYSTERIOUS ROOM. W przypadku braku zgody Obsługa MYSTERIOUS ROOM ma prawo odmówić skorzystania z Usług.