



Załącznik 2c: Zgoda na skorzystanie z usług MYSTERIOUS ROOM przez osobę nieposiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych (osoba niepełnoletnia między 8. a 14. rokiem życia) - DRUK Z3

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 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. 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.