



Załącznik 2b: Zgoda na skorzystanie z Usług MYSTERIOUS ROOM przez osoby nieposiadające pełnej zdolności do czynności prawnych (osoby niepełnoletnie powyżej 15. roku życia)- DRUK Z2

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 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. 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.