



Zgoda na skorzystanie z usług MYSTERIOUS ROOM przez osobę nieposiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych (osoba niepełnoletnia między 10. a 13. rokiem życia) - DRUK SZKOŁA

| RODZIC / OPIEKUN PRAWNY | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 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 obowiązującymi 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.