

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko: ..... Data ur.: .....

nr tel.: ..... mail: .....

### 1. Kwestionariusz zdrowia (poprawne zakreślić)

- Czy Twój lekarz powiedział Ci kiedykolwiek, iż stan Twojego serca uniemożliwia Ci rozpoczęcie wysiłku fizycznego bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem? **(TAK / NIE)**
- Czy czujesz ból w klatce piersiowej w trakcie lub po większym wysiłku? **(TAK / NIE)**
- Czy w ostatnim miesiącu czułaś ból w klatce piersiowej w trakcie lub podczas wysiłku? **(TAK / NIE)**
- Czy tracisz równowagę z powodu zawrotów głowy. Czy kiedykolwiek straciłaś przytomność? **(TAK / NIE)**
- Czy masz problemy z kośćmi lub stawami, które mogą ulec pogorszeniu w związku z wysiłkiem fizycznym? **(TAK / NIE)**
- Czy Twój lekarz przepisuje Ci lekarstwa (np. tabletki) na ciśnienie lub serce? **(TAK / NIE)**
- Czy jesteś w ciąży lub byłaś w ciąży ostatnich trzech miesięcy? **(TAK / NIE / NIE DOTYCZY)**
- Czy występują jakieś powody, które uniemożliwiają Ci rozpoczęcie wysiłku fizycznego? **(TAK / NIE)**

\*Jeśli odpowiedziałaś/eś „TAK” na którekolwiek pytanie, będziesz zobowiązana/y do konsultacji z lekarzem na temat potencjalnych przeciwwskazań. Przypominamy też o obowiązku poinformowania instruktora o ewentualnych przeciwwskazaniach.

*\*Zrozumiałam/em i odpowiedziałam/em szczerze na wyżej wymienione pytania. Rozumiem, iż nie powinnam/powinienem ćwiczyć, jeśli czuje się słabo lub nie na siłach i zobowiązuje się do poinformowania o tym swojego instruktora.*

***Oświadczam, że korzystam z usług Klubu dobrowolnie i jestem świadoma/y ryzyka związanego z moją decyzją. Przyjmuję do wiadomości możliwość kontuzji oraz że w razie urazu powstałego w wyniku nieprzestrzegania zaleceń instruktora, niewłaściwego użycia sprzętu lub złamania zasad regulaminów, nie będę dochodzić roszczeń praw do odszkodowania ani zadośćuczynienia od Klubu ani instruktora. Potwierdzam to własnoręcznym podpisem.***

### 2. Informacje dotyczące zdrowia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dotyczących stanu zdrowia, chorób, wagi i wzrostu oraz innych danych dotyczących tej sfery życia, które są niezbędne do realizacji usług, które świadczy Klub w ramach wybranego przeze mnie pakietu. **(NIE / TAK)**

### 3. Znajomość regulaminów

Oświadczam, że zapoznałam/em się z aktualnym regulaminem Klubu WOLSKI GYM, regulaminem Klubu sportowego WOLSKI GYM oraz regulaminem sprzedaży online, akceptuję ich treść, nie wnoszę uwag i potwierdzam to podpisem poniżej.

### 4. Twoje dane są bezpieczne

Podpisując dokument wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zasadami określonymi w Polityce prywatności (<https://wolski gym.pl/polityka-prywatnosci/>). Zgadzam się na użycie moich danych w celu doręczenia informacji handlowej sprofilowanej specjalnie przede mną – bez tego nie możemy poinformować Cię o Twoich zajęciach oraz rzeczach, które mogą być dla Ciebie interesujące lub **nagradzać Cię za Twoją aktywność.** **(NIE / TAK)**

\*spokojnie, nie wysyłamy SPAMU. Zależy nam, byś dostawał(a) tylko informacje, które Cię dotyczą

### 5. Decyzja zakupowa

Oświadczam, że odtwarzanie lub brak odtwarzania jakichkolwiek utworów w WOLSKI GYM nie wpływa na moją decyzję o zakupie członkostwa czy skorzystania z usługi.

Czytelny podpis .....