

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA TURNUSU PROZDROWOTNEGO

imię i nazwisko uczestnika składającego oświadczenie

PESEL

Ja niżej podpisany, niniejszym oświadczam, że:

1. zapoznałam/zapoznałem się z wykazem przeciwwskazań do korzystania z poszczególnych zabiegów terapeutycznych, który stanowi załącznik nr 1 do umowy o udział w turnusie prozdrowotnym, zawartej przeze mnie z **FIT STYLE ZONE SP.Z O.O.SP.K.** z siedzibą w Bolesławcu przy ul. Śluzowa 21, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, IX Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS: 0000749714, NIP: 6121866411, REGON: 381357936,
2. niezwłocznie poinformuję personel medyczny o zaistnieniu w stosunku do mojej osoby jakichkolwiek przeciwwskazań do korzystania z poszczególnych zabiegów terapeutycznych, o których mowa w pkt 1 powyżej,
3. poinformowano mnie, że zatajenie lub przekazanie nieprawdziwych informacji na temat stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych urazów i zabiegów może zostać potraktowane jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody w procesie rehabilitacji lub leczenia,
4. jestem świadomy faktu, iż każde świadczenie zdrowotne pociąga za sobą ryzyko powikłań, które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki zdrowotnej.

Podpis uczestnika

data