OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY Z PRZYCZYN ZDROWOTNYCH

Rezygnację z przyczyn zdrowotnych należy złożyć w Recepcji Klubu lub w formie elektronicznej na adres e-mail wskazany w Regulaminie. Warunkiem koniecznym jest dołączenie zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność do korzystania z usług klubu (bez konieczności ujawniania rozpoznania/diagnozy – wystarczy fakt i okres niezdolności). Szczegółowe zasady rezygnacji z przyczyn zdrowotnych określają Ogólne Warunki Umowy.

Fit Style _____* Sp. z o.o.

z siedzibą w Bolesławcu ul. Śluzowa 21/2

Dane Klienta:

Imię i nazwisko: _____

Numer telefonu: _____

Adres e-mail przypisany do konta: _____

Klub Macierzysty: _____

Data zawarcia umowy: _____

Rodzaj karnetu (zaznacz właściwy):

- FIT START
- FIT STEP (6 miesięcy)
- FIT SMART (12 miesięcy)
- Inny/ Oferta Promocyjna: _____

Treść Oświadczenia:

Niniejszym oświadczam, że z przyczyn zdrowotnych nie jestem w stanie korzystać z usług klubu i wnoszę o rezygnację z karnetu ze skutkiem od dnia _____. Jestem świadomy skutków złożenia niniejszego oświadczenia wskazanych w OWU w tym zasad rozliczenia opłaty za niewykorzystany okres Karnetu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez ww. Spółkę danych zawartych we wskazanym poniżej zaświadczeniu wyłącznie w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku, zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a RODO. Dane nie będą kopiowane ani przechowywane dłużej niż to konieczne do obsługi rezygnacji.

Załącznik obowiązkowy:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające niezdolność do korzystania z usług klubu (bez konieczności ujawniania rozpoznania/diagnozy, wystarczy fakt i okres niezdolności).

_____ _____

(data złożenia oświadczenia) (podpis klienta)

* Należy uzupełnić nazwę Operatora, z którym została zawarta umowa - każdorazowo Spółka wskazana na potwierdzeniu zawarcia umowy lub dokumentach sprzedażowych.