

## UMOWA NA PROWADZENIE ĆWICZEŃ / REHABILITACJI DZIECKA

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

.....

3. Adres do korespondencji:

.....

4. Adres mailowy:

.....

5. Telefon kontaktowy do rodziców lub opiekunów:

.....

6. Imiona rodziców/opiekunów:

.....

7. Dzień i godzina zajęć:

.....

8. Czas trwania umowy (do wyboru):

do 21.12.2018r. ....

Miejscowość, data i podpis rodzica/opiekuna

I i II semestr do 19.06.2019r. ....

Miejscowość, data i podpis rodzica/opiekuna

I semestr do 13.01.2019r. ....

Miejscowość, data i podpis rodzica/opiekuna

II semestr od 28.01.2019r.-19.06.2019r. ....

Miejscowość, data i podpis rodzica/opiekuna

1. Wyrażam zgodę na przystąpienie i uczestnictwo naszego dziecka  
..... w zajęciach  
rehabilitacyjnych w „Strefie Zdrowia” w Łochowie i zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu oraz do  
terminowego wnoszenia opłat za zajęcia do 5-tego dnia każdego miesiąca.  
Oświadczam, że zapoznałem się z treścią regulaminu uczestnictwa w zajęciach i w pełni go akceptuję.

*Podpis* .....

2. Oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w zajęciach.

*Podpis* .....

3. Zapoznałam/em się z regulaminem obowiązującym w Strefie Zdrowia w Łochowie.

*Podpis* .....

4. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r.  
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie  
swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie  
o ochronie danych) Dz. Urz. UE L z 2016r. nr 119/1- (zwanym dalej RODO) oraz ustawy z dnia 10.05.2018 r.  
O ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000) - wyrażam zgodę na przetwarzanie danych  
osobowych moich i mojego dziecka.

*Podpis i data:* .....

### **Klauzula informacyjna dla pacjenta**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27  
kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych  
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz  
uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) informuję, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Strefa Zdrowia Małgorzata Wiśniewska – Łowigus,  
86-065 Łochowo, ul Gościnną 9.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenia przez Administratora działalności  
lecniczej / rehabilitacyjnej w szczególności w celu świadczenia przez Administratora usług medycznych oraz  
prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej.

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych w zakresie prowadzenia działalności leczniczej /  
rehabilitacyjnej, w tym także w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,  
w zw. z przepisami ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z 06.11.2008 r. o prawach  
pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podstawą przetwarzania danych w zakresie, jaki jest niezbędny dla  
ochrony żywotnych interesów pacjenta, może być również art. 6 ust. 1 lit. d RODO. W zakresie, w jakim  
przetwarzane dane obejmują dane szczególnych kategorii, podstawą prawną przetwarzania danych jest art.  
9 ust. 2 lit. c i h RODO.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 2 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w  
którym dokonano ostatniego wpisu.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą  
informacyjną RODO

.....

## **REGULAMIN**

Regulamin ćwiczeń / rehabilitacji dziecka w Strefie Zdrowia w Łochowie

### **Cele podjętych działań:**

1. ćwiczenia korekcyjne dzieci, młodzieży.

### **Postanowienia ogólne:**

1. Organizatorem zajęć jest Strefa Zdrowia Małgorzata Wiśniewska – Łowigus
2. Dziecko zapisywane jest na dany semestr, brak jest możliwości zapisania dziecka na dany miesiąc. W umowie opiekun deklaruje uczestnictwo do końca danego semestru-pierwszego lub drugiego.
3. Uczestnik zajęć zostaje przyjęty na zajęcia na podstawie złożonej i podpisanej deklaracji.
4. Zajęcia prowadzone są 1 lub 2 razy w tygodniu.

### **Opłaty:**

1. Uczestnik zobowiązany jest do wniesienia opłaty za zajęcia przed ich rozpoczęciem:

#### **a) zajęcia indywidualne**

50zł/45min. dzieci i młodzież

2. Na pierwsze zajęcia opiekun zobowiązany jest dostarczyć wszystkie wypisane dokumenty i potwierdzenie przelewu za dany miesiąc. Bez wymaganych dokumentów dziecko nie będzie miało możliwości wzięcia udziału w zajęciach.
3. Opłaty za kolejne miesiące należy opłacać maksymalnie do 5-tego dnia każdego miesiąca bez konieczności okazywania potwierdzenia przelewu.

**4.** W przypadku rezygnacji z zajęć w trakcie trwania umowy obowiązuje miesięczny okres wypowiedzenia, który jest liczony od pierwszego dnia kolejnego okresu rozliczeniowego(miesiąca).Rodzic lub opiekun uczestnika zobowiązany jest do uiszczenia opłaty za kolejny miesiąc. W okresie wypowiedzenia uczestnik ma prawo do uczestnictwa w zajęciach. Rozwiązanie umowy powinno zostać dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**5.** Dane i nr konta bankowego:

Małgorzata Wiśniewska – Łowigus

86-065 Łochowo, ul. Gościńska 9

**Podpis, data.....**

#### **Nieobecności i odrabianie zajęć:**

**1.** Nieobecność na zajęciach przez uczestnika kursu nie stanowi podstawy do zwrotu części opłaty, lub jej zmniejszenia.

#### **Możliwe jest odrobienie:**

-1 lekcji (ćwiczenia 1x w tyg.) w ciągu miesiąca,

-2 lekcji (ćwiczenia 2x w tyg.) w ciągu miesiąca.

**2.** Przewidziany czas na odrobienie lekcji: miesiąc od daty pierwszej nieobecności.

W przypadku zgłoszonej nieobecności na zajęciach najpóźniej do godziny 17.00 dnia poprzedniego z powodu choroby lub innych okoliczności, istnieje możliwość odrobienia nieobecności. W celu odrobienia proszę o kontakt SMS.

**3.** Jeżeli rodzic nie poinformuje o nieobecności dziecka na zajęciach lub nie zgłosi chęci odrobienia w wyznaczonym terminie zajęcia przepadają bez możliwości odrobienia.

Nieobecność proszę składać tylko i wyłącznie SMS: „Imię, nazwisko, dzień + godzina zajęć, termin nieobecności” pod nr tel. 884949966

**4.** W szczególnych przypadkach (złamanie, pobyt w szpitalu, dłuższa choroba powyżej miesiąca) istnieje możliwość zawieszenia uczestnictwa w ćwiczeniach. W przypadku skorzystania z takiej ulgi zajęcia z danego miesiąca nie są do odrobienia. W sytuacji takiej wymagane jest dostarczenie (okazanie) zaświadczenia/zwolnienia lekarskiego.

**5.** Odrabianie zajęć możliwe jest do końca danego semestru. Nieodrobione zajęcia nie przechodzą na kolejny semestr.

6. W razie nie odbycia się zajęć z przyczyn leżących po stronie gabinetu Strefa Zdrowia ćwiczenia zostają przedłużone o taką samą ilość jednostek lekcyjnych.

7. W przypadku niezrealizowania przez organizatora zajęć z przyczyn niezawinionych od organizatora nastąpi zwrot kosztów za niewykorzystane zajęcia, bądź zostaną one przeprowadzone bez dodatkowych opłat w innym terminie.

8. Wnosząc opłatę za zajęcia rodzic lub prawny opiekun deklaruje, iż zapoznał się z treścią powyższego regulaminu i akceptuje warunki w nim zawarte.

9. Ćwiczenia odbywają się w formie semestralnej:

I semestr 10.09.2018r.-13.01.2019r.

II semestr 28.01.2019r.-19.06.2019r.

**Podpis, data.....**

**Przewidywane dni wolne od zajęć w roku szkolnym 2018/2019:**

**Listopad: 1,2, 11**

**Grudzień: 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31**

**Styczeń: 1, 6, 14-27 ferie zimowe**

**Kwiecień:21,22**

**Maj:1,2,3**

**Czerwiec:9,**

**Podpis, data.....**