|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ulica | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nazwisko: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Miejscowość: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PESEL: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Kod pocztowy: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SKYFIT Sp. z o.o.**

ul. Stanisława Przybyszewskiego 161

93-120 Łódź

**WNIOSEK O ROZWIĄZANIE UMOWY Z PRZYCZYN ZDROWOTNYCH**

Wnoszę o zawarcie porozumienia rozwiązującego Umowę o korzystanie z usług klubu SKYFIT ze skutkiem od dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku.

Uzasadnienie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że jestem świadomy, iż:

- niniejszym wniosek podlega indywidualnemu rozpoznaniu przez SKYFIT w terminie czternastu dni od daty jego wpływu do klubu,

- wraz ze złożeniem niniejszego wniosku powinienem okazać dokument tożsamości ze zdjęciem,

- celem rozpoznania wniosku powinienem załączyć dokumentację medyczną uzasadniającą trwałą utratę możliwości korzystania z usług klubu fitness,

- celem rozpoznania wniosku powinienem wyrazić zgodę na przetwarzanie przez SKYFIT Sp. z o.o. danych objętych treścią załączonej dokumentacji medycznej,

- SKYFIT ma prawo odmówić rozwiązania Umowy w tym trybie,

- SKYFIT ma prawo uwzględnić wniosek w całości lub ze zmianą daty rozwiązania Umowy,

- warunkiem skutecznego rozwiązania Umowy jest uregulowanie przeze mnie ewentualnie występujących i oznaczonych w porozumieniu rozwiązującym zaległych lub bieżących opłat w terminie oznaczonym w porozumieniu.

Data i czytelny podpis Klienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SKYFIT Sp. z o.o. danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, objętych załączoną do niniejszego wniosku dokumentacja medyczną.

*Powyższa zgoda jest dobrowolna, ale niezbędna w celu rozpoznania wniosku.*

*SKYFIT informuje Cię, że przetwarza Twoje dane osobowe wskazane w oświadczeniu celu wykonania umowy. Administratorem danych osobowych jest SKYFIT Sp. z o.o., e-mail: biuro@skyfit.pl, tel.: 884 685 555. Dane do Inspektora Ochrony Danych e- mail: daneosobowe@skyfit.pl. SKYFIT będzie przetwarzać dane osobowe maksymalnie przez okres przedawnienia ewentualnych roszczeń. Dane mogą zostać przekazane firmie, z której oprogramowania SKYFIT korzysta przy zarządzaniu klubami oraz upoważnionym pracownikom lub współpracowników. Masz prawo do: 1. dostępu do treści swoich danych osobowych, 2. otrzymania kopii danych, 3. sprostowania danych, 4.usunięcia danych, 5. przenoszenia danych, 6. ograniczenia przetwarzania danych, 7. sprzeciwu wobec przetwarzania danych. 8. wniesienia skargi do organu nadzorczego. Celem realizacji praw możesz skontaktować się z nami kierując żądanie do Administratora lub Inspektora Ochrony Danych. Niezwłocznie podejmiemy działania, by usunąć ewentualnie stwierdzone nieprawidłowości. Z pełną informacją na temat przetwarzania danych osobowych zapoznasz się na stronie www.skyfit.pl.*

Data i czytelny podpis Klienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_