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

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

 ul. Stanisława Przybyszewskiego 161

93-120 Łódź

**WNIOSEK O ZAMROŻENIE UMOWY**

Wnoszę o zamrożenie obowiązywania Umowy o korzystanie z usług klubu SKYFIT na okres od dnia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku do dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku włącznie z uwagi na mój stan zdrowia.

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 brak możliwości korzystania z usług klubu fitness we wnioskowanym okresie,

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

- SKYFIT ma prawo uwzględnić wniosek w całości,

- SKYFIT ma prawo uwzględnić wniosek z ograniczeniem wnioskowanego okresu zamrożenia (jeśli stan zdrowia Klienta obiektywnie nie uzasadnia braku możliwości korzystania z usług klubu fitness przez cały wnioskowany okres),

- SKYFIT ma prawo odmówić zamrożenia Umowy w tym trybie, jeśli stan zdrowia Klienta obiektywnie nie uzasadnia braku możliwości korzystania z usług klubu fitness we wnioskowanym okresie,

- w przypadku zamrożenia Umowa o korzystanie z usług klubu SKYFIT zostaje przedłużona o okres zamrożenia.

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_