

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z regulaminem korzystania z kriosauuny
- Jestem świadomy/a i znam przeciwwskazania bezwzględne korzystania z krioterapii
- Mój stan zdrowia jest dobry i nie mam żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania z krioterapii
- Zobowiązuję się bezwzględnie stosować się do wszystkich poleceń czy informacji udzielanych przez obsługę kriosauuny
- Korzystam z kriosauuny na własną odpowiedzialność

Oświadczenie obowiązuje do końca bieżącego roku kalendarzowego od dnia podpisania

.....
imię i nazwisko

