

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA

(do 18 let dítěte vyplní zákonný zástupce)

Název pobytu:

Datum pobytu:

Cena pobytu:

Jméno a příjmení účastníka:

Bydliště:

Telefonní číslo (popřípadě tel. do zaměstnání):

Rodné číslo dítěte:

Zdravotní pojišťovna:

E-mailová adresa:

Potvrzení logopeda:

V ceně Letního pobytu je zahrnuto pojištění pro případ úrazu, škody věcech a pro případ tzv. storna zdravotní péče z důvodů na straně příjemce a to po celou dobu trvání Letního pobytu. Děje se tak na základě smlouvy o tomto pojištění č. 50 97 0530, uzavřené mezi poskytovatelem a Kooperativa pojišťovnou a.s.

Přihlašuji závazně své dítě na léčebný pobyt. Souhlasím s podmínkami a cenou. Souhlasím s tím, aby Soukromá klinika LOGO s.r.o. zpracovávala a použila v nezbytném rozsahu osobní údaje, obsažené v této přihlášce a další osobní údaje ve formě vizuálního resp. audiovizuálního záznamu, pořízené během léčebného pobytu –zejména ke své zdravotnické, pedagogické, vědecké a jiné odbornosti. Její součástí je i jejich případné zveřejňování v rámci obvyklé prezentace na odborných konferencích a sjezdech, informačních a propagačních materiálech a edukačních materiálech. Tento souhlas se uděluje podle příslušných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Pobyt je možno rezervovat na recepci kliniky po dobu jednoho týdne. Do tohoto termínu je však nutné pobyt uhradit, jinak rezervace propadá. Pobyt lze uhradit buď hotově nebo kartou na recepci kliniky nebo převodem na bankovní účet 27-8588550287/0100. Do poznámky, prosím, uveďte jméno klienta, který bude pobyt absolvovat.

Pobyt je určen pro děti od 4 do 7 let.

Podpis pacienta/zákonného zástupce: