

KARTA KLIENTA
CENTRUM DIAGNOZY I TERAPII
(umowa)

I. DANE OSOBY, KTÓRA BĘDZIE UCZESTNICZYŁA W ZAJĘCIACH

(w przypadku dziecka podać dane dziecka)

1. Imiona i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia.....
4. PESEL.....
5. Od kiedy klient będzie uczęszczał na zajęcia.....
6. Numer kontaktowy.....
7. Czy klient posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego?
Jeśli tak, to z jakiego wskazania?.....

*zalecane jest okazanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

II. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH* (wypełnić w przypadku osoby niepełnoletniej)

MATKA/ OPIEKUN PRAWNY* (*niepotrzebne skreślić)	OJCIEC/ OPIEKUN PRAWNY* (*niepotrzebne skreślić)
1. Imiona i nazwisko matki/ opiekunki prawnej*	1. Imiona i nazwisko ojca/ opiekuna prawnego*
2. Adres zamieszkania	2. Adres zamieszkania
3. Telefon kontaktowy	3. Telefon kontaktowy
4. Adres mail	4. Adres mail

II.I *Rodzic oświadcza, że przysługuje mu pełna władza rodzicielska w stosunku do Uczestnika zajęć, wskazanego w pkt. I oraz jest uprawniony do zawarcia niniejszej umowy. /*

Opiekun prawny oświadcza, że jest przedstawicielem ustawowym Uczestnika zajęć, wskazanego w pkt. I oraz jest uprawniony do zawarcia niniejszej umowy. *(niepotrzebne skreślić)

.....
podpis

II.II Oświadczam, że podane przeze mnie dane Uczestnika zajęć wskazanego w pkt. I oraz mój status rodzica/opiekuna prawnego są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

.....
podpis

III. DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY

NAZWA NABYWCY	
NIP/PESEL	
ADRES	
DOPISEK NA FAKTURZE	
INNE INFORMACJE	

*np. dopisek wskazany przez konkretną fundację, itp.

IV. RODZAJE ZAJĘĆ, ICH ILOŚĆ ORAZ DATA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA

LP.	RODZAJ ZAJĘĆ	ILOŚĆ JEDNOSTEK ZAJĘĆ W TYGODNIU	DATA ROZPOCZĘCIA	DATA ZAKOŃCZENIA	PODPIS KLIENTA/ PRZEDSTAWICIELA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Klienta/ przedstawiciela ustawowego)

**V. KLIENT, A W PRZYPADKU KLIENTA NIEPEŁNOLETNIEGO, BĄDŹ
POZOSTAJĄCEGO POD OPIEKĄ RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO, OŚWIADCZA,
ŻE:**

1. Przed wypełnieniem niniejszej karty zapoznał się z aktualnie obowiązującym regulaminem Centrum Diagnostyki i Terapii oraz zrozumiał jego treść i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
2. Wyraża zgodę na wykorzystywanie jego wizerunku oraz wizerunku jego dziecka techniką fotograficzną lub filmową w materiałach związanych z przedstawieniem pracy Centrum Diagnostyki i Terapii, a także w materiałach informacyjnych.
3. Zobowiązuje się do terminowego regulowania opłat za zajęcia w Centrum Diagnostyki i Terapii zgodnie z aktualnie obowiązującym Cennikiem.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Klienta/ przedstawiciela ustawowego)

.....
(data i podpis osoby upoważnionej za Centrum)

Załączniki:

1. Informacje o przetwarzaniu danych na potrzeby realizacji zajęć w Centrum Diagnostyki i Terapii
2. Karta Zdrowia