

## PROSÍME VÁS O VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM

Global Philippine Healing, z. s.,

zapsaný v odd. a vl. L 77871 spolkového rejstříku, vedeného u Městského soudu v Praze, IČ: 09722319, sídlem Dandova 2619/13, Horní Počernice, 193 00 Praha 20, e-mail: info@filipinskylecitel.eu, telefonní číslo: +420 702 046 863, internetová adresa: <https://www.filipinskylecitel.eu/>.

### Potvrzení přijetí všeobecných obchodních podmínek, souhlas s péčí o zdraví a se zpracováním osobních údajů a potvrzení o vzájemné shodě rodičů

Já, \_\_\_\_\_, narozen dne \_\_\_\_\_,

bydlištěm \_\_\_\_\_, telefon. č.: \_\_\_\_\_,

e-mail: \_\_\_\_\_, jako ošetřovaný a plně svéprávný,\* uděluji výše uvedené osobě, **Global Philippine Healing, z. s.**, (dále jen „poskytovatel“), následující souhlasy a potvrzení:

1. **Potvrzuji**, že jsem se předem seznámil se **všeobecnými obchodními podmínkami**, jak jsou zveřejněny zde: <https://filipinskylecitel.eu/>, a **přijal jsem je**.
2. **Potvrzuji**, že mi poskytovatel **předem srozumitelně vysvětlil zamýšlenou péči o zdraví** po způsobu tradičního filipínského duchovního léčitelství nebo tradičních filipínských masáží či konzultací individuálního duchovně-léčebného postupu s duchovním průvodcem, jak vyplývá z informací spotřebiteli zde: <https://filipinskylecitel.eu/> a ze všeobecných obchodních podmínek zde: <https://filipinskylecitel.eu/>.
3. **Potvrzuji**, že jsem se předem **seznámil s informací o zpracování osobních údajů**, jak je zveřejněna zde: <https://filipinskylecitel.eu/>, a **souhlasím s jejich zpracováním**.
4. Pro případ nikoli běžného zákroku na **nezletilém dítěti** jako jeho zákonný zástupce **potvrzuji**, že **rodiče** jsou v této záležitosti ve **vzájemné shodě**. Též **potvrzuji**, že pro případ úsudku schopného **nezletilého dítěte** mu také bylo podáno **vysvětlení** povahy zákroku.
5. Jsem-li žena, prohlašuji na svou čest, že **nejsem těhotná** ani si nejsem vědoma, že bych mohla být těhotná.
6. **Souhlasím s léčitelskými úkony** péče o zdraví po způsobu filipínského duchovního léčitelství včetně možných **pomocných úkonů asistenta léčitele** pro případ, že jsou poskytovány.
7. Pro případ objednání **masérských úkonů** péče o zdraví **souhlasím** s tradiční filipínskou masáží.
8. Pro případ objednání **konzultace individuálního duchovně-léčebného postupu** s duchovním průvodcem **souhlasím** s touto péčí o zdraví.
9. Jsem si **vědom** toho, že mohu svůj **kterýkoli souhlas kdykoli odvolat i bez udání důvodu oznámením** odvolání podnikateli. Odvolání souhlasu lze učinit **jakýmkoli způsobem**. V takovém případě jsem **odstoupil od smlouvy o péči o zdraví s poskytovatelem**, popř. od té části smlouvy, které se souhlas týká.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

\* Je-li ošetřovaným **nezletilé dítě**, uveďte údaje o něm i údaje o zákonném zástupci, který za ně jedná. Zvláště vyznačte **dovršení věku 14 let a 15 let**. V případě nedostatku místa, použijte i druhou stranu tohoto tiskopisu.