

Regulamin zajęć ZUMBA FITNESS

1. Uczestnikiem ZUMBA FITNESS może zostać lekarz, lekarz dentysta członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.
2. Każdy uczestnik ZUMBA FITNESS otrzymuje karnet uprawniający jego posiadacza do udziału w zajęciach ZUMBA FITNESS.
3. Osoby biorące udział w zajęciach oświadczają, że nie mają przeciwwskazań medycznych do wykonywania ćwiczeń fizycznych i uczestniczą w zajęciach na własną odpowiedzialność. W przypadku złego samopoczucia, urazów, kontuzji, wszelkich problemów zdrowotnych oraz ciąży - należy poinformować o tym instruktora przed zajęciami.
4. Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie nie ponosi odpowiedzialności za pogorszenie stanu zdrowia osoby uczestniczącej w zajęciach wywołanego nadmiernymi obciążeniami w trakcie ćwiczeń. Osoby uczestniczące w zajęciach zobowiązane są do dostosowania intensywności i rodzaju ćwiczeń do swojego stanu zdrowia i aktualnej kondycji fizycznej.
5. Na zajęciach ZUMBA FITNESS obowiązuje zakaz palenia tytoniu, spożywania i wnoszenia alkoholu i narkotyków, przychodzenia w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem narkotyków. Podczas ćwiczeń obowiązuje również bezwzględny zakaz żucia gumy.
6. Zajęcia ZUMBA FITNESS trwają 60 minut.
7. Na zajęciach obowiązuje strój i obuwie sportowe.
8. Ilość miejsc na zajęciach ZUMBA FITNESS jest ograniczona, a o uczestnictwie w zajęciach decyduje kolejność zgłoszenia.
9. Każdy z uczestników zajęć ZUMBA FITNESS zobowiązany jest do zapewnienia sobie we własnym zakresie napojów i uzupełnianie płynów w trakcie zajęć.
10. Użytkowanie pomieszczeń powinno być zgodne z ich przeznaczeniem. Uczestnicy zajęć zobowiązani są do zachowania porządku na terenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.
11. Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie nie odpowiada za przedmioty pozostawione na jej terenie.
12. Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zastrzega sobie prawo do zmiany planu zajęć ZUMBA FITNESS, jak również do ich odwołania, po uprzednim poinformowaniu o tym uczestników. Odwołanie zajęć odpowiednio wydłużają termin ważności karnetu.
13. Uczestnik podpisując regulamin potwierdza, iż zapoznał się z jego treścią i akceptuje warunki w nim zawarte oraz wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie w celu informacyjnym zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. O ochronie danych osobowych Dz. U. Nr. 101 poz.926.

Imię i nazwisko: _____

e-mail: _____

nr tel: _____

data i podpis _____