

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA OPIEKĘ LOGOPEDYCZNĄ

Dane Klienta:	_____ (imię/nazwisko, adres zamieszkania) e-mail _____ telefon: _____ dane do faktury: _____
Dane Uczestnika : (o ile Klient nie jest Uczestnikiem)	_____ (imię/nazwisko)
Dane Specjalisty	 – zwana dalej Specjalistą, świadczy dla Klienta usługi w zakresie opieki logopedycznej (dalej jako Opieka/Usługa) na rzecz Uczestnika wskazanego przez Klienta
Dane firmy	Pracownia Logopedyczna Dialog Anna Szejka, adres: ul. Główna 73, 44-237 Bełk, NIP 6472439539, REGON 243034309, e-mail szejka.anna@gmail.com, telefon: 507416437.
Informacje organizacyjne	
1. Specjalista na zlecenie Klienta świadczy usługi w zakresie opieki logopedycznej (dalej jako Opieka/Usługa) na rzecz Uczestnika wskazanego przez Klienta. 2. Zajęcia odbywają się stacjonarnie pod adresem: ul. Główna 73, 43-237 Bełk. 3. Forma zajęć: indywidualne 4. Godzina zajęć oznacza _____ minut. 5. Współpraca zostaje zawarta na czas _____ 6. Harmonogram spotkań: harmonogram spotkań zostanie określony e-mailowo przez Strony lub w inny sposób przyjęty do komunikacji.	
Zasady płatności	
1. Wynagrodzenie za godzinę zajęć wynosi _____ zł brutto. 2. Termin płatności: po zakończeniu każdych zajęć. 3. Wynagrodzenie będzie płatne w gotówce lub przelewem na numer telefonu 507416437. W tytule przelewu należy wskazać: imię i nazwisko Uczestnika z dopiskiem opieka logopedyczna. 4. W przypadku braku terminowej wpłaty, Specjalista po wcześniejszym wezwaniu do zapłaty pod rygorem wstrzymania się ze świadczeniem usług lub rozwiązania umowy, zastrzega sobie prawo do wstrzymania się ze świadczeniem usług lub rozwiązania umowy.	
Informacje końcowe	
1) Rodzic oświadcza, że zapoznał się z Formularzem Zgłoszeniowym, Regulaminem i klauzulą informacyjną i je akceptuje.	

Podpis Klienta



Podpis Specjalisty

ZGODY:

1. Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie przeze mnie danych wrażliwych przekazanych podczas współpracy? Z uwagi na specyfikę pracy, jest to konieczne do realizacji usługi zgodnie z klauzulą RODO.
[] TAK [] NIE
2. Czy zgadzasz się na to, bym w razie gdy widzę taką potrzebę, konsultowałam się z innymi specjalistami w celu postawienia prawidłowej diagnozy i dobrania odpowiedniej terapii? Taka konsultacja może wymagać udostępnienia przeze mnie danych osobowych Uczestnika/Klienta przetwarzanych w ramach naszej współpracy specjalistom?
[] TAK [] NIE
3. Czy chcesz otrzymywać dodatkowe informacje dot. bezpłatnych lub płatnych wydarzeń lub mojej oferty zgodnie z klauzulą informacyjną RODO?
[] TAK [] NIE
4. Czy wyrażasz zgodę na wykonywanie zdjęć/nagrań m.in. z zajęć z Uczestnikiem, tj. na utrwalanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie wizerunku Uczestnika do celów marketingowych i promocyjnych na stronie www i w social media Specjalisty zgodnie z §5 Regulaminu
[] TAK [] NIE

Podpis Klienta

