



## UMOWA O KORZYSTANIE Z USŁUG ATHLETICS LAB

IMIĘ I NAZWISKO:

.....

TEL. KONTAKTOWY:

.....

### OŚWIADCZENIE

OŚWIADCZAM, IŻ STAN ZDROWIA POZWALA MI NA KORZYSTANIE Z USŁUG ATHLETICS LAB. PODEJMUJĘ SIĘ KORZYSTANIA Z USŁUG NA WŁASNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ. ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O PRZEBIEGU BADANIA/TRENINGU Z MOIM UDZIAŁEM. ZAPOZNAŁEM SIĘ Z REGULAMINEM LABORATORIUM ATHLETICS LAB I AKCEPTUJĘ JEGO WARUNKI.

.....

DATA I CZYTELNY PODPIS