

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ A JINÉ ZPŮSOBILOSTI k pobytu ve tmě na adrese Čáslav

Já, níže podepsaný/á

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Prohlašuji, na základě znalosti svého zdravotního stavu, že mám potřebnou zdravotní způsobilost k pobytu ve tmě.

Netrpím žádnou nemocí, která by mne omezovala při pobytu.

Potvrzuji, že jsem svéprávný-á a terapii tmou podstupuji na své vlastní riziko.

Po dobu celého pobytu nebudu užívat žádné drogy ani jiné omamné látky, včetně kouření.

V případě, že mě pobyt ve tmě bude způsobovat jakékoliv problémy okamžitě pobyt ukončím nebo budu tuto skutečnost konzultovat s provozovatelem.

Jsem seznámen-a s tím, že veškerá strava, kterou dostanu bude výhradně bezmasá, bez mouky, mléčných výrobků a bílého cukru.

Oznámím provozovateli případné alergie.

Budu se řídit instrukcemi, které dostanu před samotným pobytem týkající se ovládání spotřebičů.

Nikterak nebudu zasahovat do vybavení objektu.

Souhlasím s tím, že když poruším nějaké i nepsané pravidlo, které by porušovalo provoz může být můj pobyt ukončen bez náhrady.

Jsem plně srozuměn-a s tím že vstupuji do tmy na jistou dobu.

Beru na vědomí, že po celou dobu budou vstupní dveře zamčeny, a já budu mít klíč okamžitě k dispozici v případě, že bych chtěl-a ukončit pobyt nebo jít na světlo. Když budu chtít dveře budou odemčeny.

Co zde uvádím uvádím pravdivě a terapii tmou podstupuji na vlastní žádost a беру plně na vědomí, že při tom mohou vzniknout jakékoliv nečekané události, které plně беру на vědomí a nebudu požadovat na provozovateli žádné nároky jelikož jsem se pro tuto proceduru rozhodl-a sám-a.

Klient _____

Provozovatel _____