

Imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

miejsowość i data

e-mail rodzica/ opiekuna prawnego

telefon rodzica/ opiekuna prawnego

**JANTAR' 2022 - DEKLARACJA UDZIAŁU TANCERZA**

Ja niżej podpisana/y rodzic/opiekun prawny zgłaszam udział mojej córki / mojego syna

\_\_\_\_\_  
Imię, nazwisko dziecka\_\_\_\_\_  
grupa taneczna\_\_\_\_\_  
wzrost, rozmiar t - shirT

w organizowanym przez U.K.S. RELIESE zgrupowaniu, które odbędzie się w dn. 20.08.22 – 31.08.22 w Ośrodku VIVA w Jantarze. Znany mi jest koszt uczestnictwa, który wynosi:

**2890\* zł** - przy wypełnieniu zgłoszenia online i wpłacie zadatku 900 zł do 15.03.2022 – wybieram \_\_\_\_\_

2990\* zł - przy wypełnieniu zgłoszenia online i wpłacie zadatku 900 zł do 15.04.2022 – wybieram \_\_\_\_\_

3090\* zł - przy wypełnieniu zgłoszenia online i wpłacie zadatku 900 zł do 15.05.2022 – wybieram \_\_\_\_\_

3190\* zł - przy wypełnieniu zgłoszenia online i wpłacie zadatku 900 zł po 15.05.2022 – wybieram \_\_\_\_\_

Po zastosowaniu zniżek (jakie) \_\_\_\_\_,

finalna kwota do zapłaty to: \_\_\_\_\_

\*Cena nie zawiera dojazdu i powrotu z Summer Camp.

**Zobowiązania:**

- Pozostałą kwotę uiszczę przelewem w całości lub w ustalonych ratach.
- Zobowiązuję się do wpłacenia całej kwoty zgrupowania w terminie **do dnia 30.07.2022 r.**
- Przyjmuję również do wiadomości, że rezygnacja z udziału w Summer Dance Camp JANTAR`2022 nie jest podstawą do zwrotu wpłaconego wcześniej zadatku i nie zostanie mi on wrócony (nie dotyczy wypadków losowych i zdrowotnych).
- Zobowiązuję się również do złożenia w pełni wypełnionej Karty Uczestnika w terminie **do dnia 20.06.2022 r**

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego**Dane do wystawienia rachunku za udział w Summer Dance Camp JANTAR`2022:****nr rachunku bankowego:**

MBank: 26 1140 2004 0000 3102 8124 8921

**FAKULTATYWNIE:**

- istnieje możliwość organizacji transportu zorganizowanego w cenie 200 zł: **korzystam** \_\_\_\_\_ **NIE CHCĘ** \_\_\_\_\_
- rezerwacja sali/lekcje ind. w cenie 50 zł/60 minut zł: **korzystam** \_\_\_\_\_ liczba godzin \_\_\_\_\_ **NIE CHCĘ** \_\_\_\_\_
- dieta inna niż lekarska lub wegetariańska w cenie 150 zł zł: **korzystam** \_\_\_\_\_ **NIE CHCĘ** \_\_\_\_\_