**J E L E N T K E Z É S I L A P és N Y I L A T K O Z A T**

Alulírott,

név:………………………………………………………………….

születési hely és idő:………………………………………..

szig.szám:…………………………………………………………

adóazonosító:………………………………………………….

lakcím:……………………………………………………………..

telefonszám:…………………………………………………….

e-mail cím:……………………………………………………….

jelen Nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a **Spiritual Response Association** SRA - 1880 Barnes Blvd. SW Suite B-1, Tumwater WA 98512, USA) **által képesített Spirituális Újjáépítés (SPU)-tanácsadóm és -instruktoromtól, …………………………………………….-tól kapott Tájékoztatót átolvastam, megértettem, és az ott közölteket tudomásul véve meg kívánom kezdeni, részt kívánok venni a …………………………………………….kurzuson.**

**Kijelentem, hogy orvosi, pszichológusi, pszichiátriai, elmeorvosi vagy egyéb egészségügyi kezelés alatt:**

* **nem állok/állok** ( kérem aláhúzással jelölje), melyet a kurzus ideje alatt folytatok, és tudomásul veszem, hogy a kurzusnak nem célja a diagnosztizálásom, kezelésem és gyógyításom.

**Egészségügyi rendelkezési jogom keretében az állapotomra vonatkozó információkat SPU Instruktorommal:**

* **közlöm/nem közlöm** ( kérem aláhúzással jelölje)**.**

Tudomásul veszem, hogy nemleges válasz esetén kizárom magamat a kurzuson való részvételből, azzal, hogy SPU-tanácsadóm, -instruktorom javasolja nekem, hogy forduljak orvoshoz bámiféle panasz esetén.

Kötelezem magamat arra, hogy a kurzuson való részvételem esetén állapotváltozásomat SPU-tanácsadómmal, -instruktorommal közlöm.

**Az SPU kurzus résztvevőjeként beleegyezek abba,** hogy annak folyamán – amikor az a korrekció vagy a harmonikus megvalósítás érdekében szükséges - instruktorom vagy résztvevő társam **a testemet az érintéses technika keretében a gyakorlás vagy az eljárás miatt a szükséges mértékben megérintse,** azzal, hogy **bármikor jogomban áll ezt – és vele a folyamatot -leállítani, tudomásul véve** annak következményeit, miszerint a harmóniára törekvő befejezés elmaradhat, vagy a folyamat más módon történő befejezése válhat indokolttá.

Tudomásul veszem, hogy **jogomban áll a folyamat és az érintés bármikori leállítása, ezt elég szóban jeleznek SPU-tanácsadómnak, -instruktoromnak, tudomásul véve, hogy ezzel a harmóniára törekvő befejezés elmarad.**

Tudomásul veszem, hogy amennyiben esetemben orvosi/pszichológusi/pszichiáteri közreműködést igénylő helyzet merül fel, vagy instruktorom ennek lehetőségét észleli, akkor igénybe veszem a modern orvostudomány, pszichológia, pszichiátria eszközeit, mivel gyógyító tevékenységet arra szakképzett ember ( orvos, pszichológus) végezhet.

**Tudomásul veszem, hogy SPU-tanácsadóm és –instruktoromnak jogának áll a vonatkozásomban a kurzus megkezdésének megtagadása, bármikori megszakítása, amennyiben azt látja indokoltnak, mely esetben a részemre teljes pénzügyi visszatérítést biztosít amennyiben a kurzus anyagait maradéktalanul átadom neki, és vállalom, hogy az ott hallottakat titokként kezelem.**

**Tudomásul veszem, hogy SPU-tanácsadóm és –instruktorom adatkezelési kötelezettsége körében a GDPR előírásainak eleget tesz.**

**Tudomásul veszem, hogy a kurzus elsajátítása eredményeképpen semmiféle, Magyarországon kiállított és felhasználható bizonyítvány nem kapok.**

**Budapest,……………………………………… …………………………………………………..**

 **aláírás**

**Előttünk, mint tanúk előtt:**

**1./név, aláírás: 2./név, aláírás:**

 **cím: cím:**