Muestra

Spa by Velas Resorts

LISTA DE REGISTRO / CHECK LIST

FECHA DATE	NOMBRE NAME	TIEMPO TIME	HAB. O SUITE ROOM OR SUITE

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD: Certifico que estoy en una condición física suficientemente buena para poder utilizar las instalaciones del Spa. Lo hago en el completo conocimiento, entendimiento y apreciación de los riesgos que esto implica y reconozco el riesgo de enfermedad o de lesión inherente en cualquier tratamiento. Acepto dichos riesgos conscientemente y yo mismo, así como mis familiares y representantes legales, libero de toda responsabilidad a Velas Vallarta, a sus afiliados y subsidiarios.

LIABILITY WAIVER. I hereby acknowledge that I am sufficiently in good physical condition to use the Spa facilities. I use them with a full knowledge, understanding and appreciation of the risk of illness and inherent injury derived from any treatment. I expressly provide my agreement and I, on my own, as well as my family and legal representatives, waive and release Velas Vallarta, its affiliates and subsidiaries from any responsibility.

Acceso permitido sólo a mayores de 16 años. Gracias. / *Access allowed only to ages 16 and older. Thank you.*

SPVV2A

VELAS VALLARTA
Puerto Vallarta

Manual de Spa

Nombre:
Formato de registro

Descripción:
Formato para el registro de los huéspedes que utilicen las instalaciones.

Código:
SPVV2A

Actualización:
Marzo 2016

Especificaciones:
Impresión tinta directa Pantone 7465 C y Pantone 447 C. Papel Opalina de 150 g tamaño carta.

Este documento sólo es una muestra y el diseño puede estar a escala, si requiere el archivo en alta o para imprenta favor de solicitarlo con el código al Departamento de Comunicación.

Contacto:
comunicacion@velasresorts.com
+52 (322) 226 8669