



AMET

SPA BY VELAS VALLARTA

Fecha: _____

Núm. de habitación: _____ Hora: _____

Yo, _____, exoneró a Velas Vallarta, a sus agentes y colaboradores de toda responsabilidad por cualquier percance que resulte directa o indirectamente de mi participación en los servicios que se ofrecen en el Spa o el centro de aparatos cardiovasculares.

Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad total de cualquier accidente que pudiera sufrir, así como del costo de los medicamentos, suministros y servicios médicos y/u hospitalarios.

Nombre y firma

 **VELAS RESORTS**
MÉXICO

GRAND VELAS · CASA VELAS · VELAS VALLARTA

velasresorts.com



AMET

SPA BY VELAS VALLARTA

Date: _____

Room No.: _____ Time: _____

I, _____, release Velas Vallarta, its agents and employees of all liability for any and all incidents that result directly or indirectly from my utilization of Spa services or the cardiovascular center.

I assume full responsibility for any accident I may suffer, as well as the cost of medication, supplies, and medical and/or hospital services

Name and signature



GRAND VELAS · CASA VELAS · VELAS VALLARTA
velasresorts.com