

OŚWIADCZENIE

Ja..... jako rodzic / opiekun prawny* mojego syna/
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

mojej córki* oświadczam, że:
(imię i nazwisko syna/córki)

1. Wyrażam zgodę na udział mojego syna / mojej córki* w Warsztatach Chirurgicznych organizowanych w dniu 25.03.2017 r. przez Fundację Rozwoju Kardiologii im prof. Zbigniewa Religi w jej siedzibie w Zabrze przy ul. Wolności 345a, 41-800 Zabrze.
2. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że w czasie trwania Warsztatów Chirurgicznych syn/córka* będzie miał/a dostęp do narzędzi chirurgicznych oraz że zajęcia szkoleniowe odbywać się będą na tkankach zwierzęcych.
3. Wyrażam zgodę na nieodpłatne, bezterminowe i bez ograniczeń terytorialnych wykorzystywanie wizerunku mojego syna / mojej córki przez Fundację Rozwoju Kardiologii im. prof. Zbigniewa Religi, bez konieczności każdorazowego jego zatwierdzenia. Niniejsza zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie i powielanie wykonanych zdjęć, nagrań audio i video za pośrednictwem dowolnego medium w dowolnym celu zgodnym z obowiązującym prawem, włączając w to publikację w gazetach, czasopiśmie okresowych, czasopiśmie okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, wystawach, konkursach.
4. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie wizerunku mojego syna / mojej córki* zgodnie z niniejszą zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionym oświadczeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Warsztatów Chirurgicznych organizowanych przez Fundację Rozwoju Kardiologii im prof. Zbigniewa Religi z siedzibą w Zabrze – zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych.

....., dnia.....

(miejscowość)

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* - niepotrzebne skreślić