

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH,
W TYM WRAŻLIWYCH DANYCH OSOBOWYCH
(DANYCH SZCZEGÓLNEJ KATEGORII)**

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓREJ MA ZOSTAĆ UDZIELONA POMOC:

.....

Poniżej znajdują się oświadczenia stanowiące wyrażne zgody umożliwiające to, aby Fundacja Mediaexpert Włącz się przetwarzała przekazywane jej przez wnioskodawcę dane osób, którym ma zostać udzielona pomoc (potencjalnych beneficjentów). Zgoda na przetwarzanie obejmuje również tzw. dane wrażliwe (danych szczególnej kategorii), które dotyczą zdrowia osób, którym ma zostać udzielona pomoc.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych Podopiecznego zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn.zm) w celu realizacji niniejszego Porozumienia. Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. ustawy jest Fundacja Mediaexpert Włącz Się z siedzibą w Złotowie, ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów. Zostałem poinformowany, iż zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Podopiecznego jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie do moich danych osobowych oraz danych osobowych Podopiecznego i ich poprawiania.

.....

Czytelny podpis Beneficjenta/Rodzica lub innego prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystanie przez Fundację wizerunku Podopiecznego w całości i we fragmentach przedstawionego na zdjęciach przekazanych Fundacji, a także danych osobowych Podopiecznego, obejmujących imię, nazwisko, nazwę schorzenia, wiek, poprzez ich publikację w całości lub we fragmentach na stronach internetowych, w publikacjach prasowych, na ulotkach, folderach, kalendarzach, plakatach reklamowych, innego rodzaju materiałach reklamowych rozpowszechnianych przez Fundację dla celów informacyjnych działań Fundacji oraz realizacji niniejszego Porozumienia. Zostałem poinformowany, że zgoda na wykorzystanie i rozpowszechnianie przez Fundację wizerunku oraz danych osobowych Podopiecznego może być w każdej chwili cofnięta.

.....

Czytelny podpis Beneficjenta/Rodzica lub innego prawnego opiekuna