

....., data

(miejscowość)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa i adres szkoły)

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ORAZ WYKORZYSTANIE
WIZERUNKU – osoba pełnoletnia**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu Konkursu „II Muzyczny Festiwal Zdrowia” oraz akceptuję jego postanowienia. Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych”, oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu.

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku podczas Konkursu „II Muzyczny Festiwal Zdrowia” oraz na nieodpłatne i nieograniczone czasowo wykorzystywanie mojego imienia i wizerunku zarejestrowanego podczas Konkursu poprzez umieszczanie zdjęć/filmów na stronie internetowej organizatorów, na profilach w social mediach oraz w programach telewizyjnych w celu informowania o Konkursie i jego promocji.

.....
(czytelny podpis)