FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Konkurs „Psychiatria w moich oczach”

1. Imię i nazwisko Uczestnika

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres do korespondencji, w tym adres email i numer telefonu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dane rodziców/opiekunów prawnych (Imię, nazwisko, adres do korespondencji, numer telefonu)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Administratorem danych Uczestników Konkursu jest Rzecznik Praw Pacjenta z siedzibą w Warszawie przy ulicy Młynarskiej 46. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celach związanych z konkursem, które są niezbędne dla jego przeprowadzenia i nie będą przekazywane innym podmiotom. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, żądania ograniczenia ich przetwarzania. W Biurze Rzecznika Praw Pacjenta wyznaczono Inspektora Ochrony Danych. Z Inspektorem można się skontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/ Pana danych osobowych przez Rzecznika Praw Pacjenta za pośrednictwem: poczty elektronicznej ([iodo@rpp.gov.pl](mailto:iodo@rpp.gov.pl)); platformy ePUAP (/RPP/skrytka); pisemnie na adres: ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa.
2. Ja niżej podpisany jako przedstawiciel ustawowy dziecka/podopiecznego wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji przebiegu konkursu „Psychiatria w moich oczach”, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).
3. Ja niżej podpisany jako przedstawiciel ustawowy dziecka/podopiecznego będącego autorem pracy konkursowej zgłoszonej do konkursu „Psychiatria w moich oczach” organizowanego przez Rzecznika Praw Pacjenta (zwanego Organizatorem), przenoszę nieodpłatnie wszelkie autorskie prawa majątkowe na Organizatora.

Miejscowość:

Data:

Podpis:

FORMULARZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ W SPOSÓB CZYTELNY, WŁASNORĘCZNIE PODPISAĆ I ZESKANOWAĆ, A NASTĘPNIE PRZESŁAĆ WRAZ Z PROJEKTEM NA ADRES PODANY W OGŁOSZENIU