



### Zgoda Rodzica/Opiekuna prawnego dziecka na udział w konkursie

Wyrażam                      zgodę                      na                      uczestnictwo                      mojej/mojego córki/syna/podopiecznego.....w konkursie pt. „Wykonaj laurkę dla Ratownika Medycznego”.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Konkursu i go akceptuję. Wyrażam zgodę na wielokrotne, nieodpłatne publikowanie pracy plastycznej mojej/mojego córki/syna/podopiecznego, bez ograniczeń terytorialnych oraz publikowanie jego imienia, nazwiska, wieku w materiałach promocyjnych związanych z konkursem i innymi działaniami promocyjnymi w publikacjach Organizatora oraz na jego stronie internetowej, a także na jej wykorzystanie w celach promocyjnych i marketingowych Organizatora, w tym w szczególności na utrwalenie i zwielokrotnienie pracy plastycznej mojej/mojego córki/syna/podopiecznego każdą techniką, na jakichkolwiek nośnikach.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej/mojego córki/syna/podopiecznego (oraz wizerunku) przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie -Organizatora konkursu „Wykonaj laurkę dla Ratownika Medycznego” w celach wynikających z Regulaminu Konkursu, zgodnie z: Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....  
Miejscowość, data, czytelny podpis rodzica/opiekuna

*"Otwarcie na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów" - Nasza misja*

**Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie**  
ul. Młyńska 2  
63-700 Krotoszyn  
tel. +48 (62) 588 04 01

NIP: 6211536551  
Regon: 000310226  
KRS: 0000002750  
www.spzoz.krotoszyn.pl  
e-mail: spzoz@krotoszyn.pl