

.....
Imię i nazwisko podopiecznego/opiekuna

.....
Adres

.....

.....
Telefon

FUNDACJA POMOCY DZIECIOM I OSOBOM CHORYM
„KAWAŁEK NIEBA”
ul. Poznańska 14/8
84-230 Rumia

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych zgłaszanego podopiecznego, wizerunku zgłaszanego podopiecznego, zdjęcia i przekazanych informacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2015 roku, poz. 2135 z późn. zm.) przez Fundację Pomocy Dzieciom i Osobom Chorym „Kawałek Nieba” z siedzibą w Rumi w celu realizacji działań statutowych Fundacji. Zostałem poinformowany, że zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych podopiecznego jest dobrowolna oraz o przysługującym prawie do dostępu do tych danych osobowych i ich poprawiania, a także o możliwości cofnięcia zgody

.....
Data

.....
Czytelny podpis podopiecznego lub opiekuna