

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU**

Ja niżej podpisany/a .....  
Imię i nazwisko

oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatną publikację mojego wizerunku na stronie internetowej, profilach społecznościowych inne: .....\*

Zgoda jest nieograniczona czasowo i terytorialnie.

\*niewłaściwe skreślić, wypisać inne miejsca jeżeli będzie publikacja

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.

Administratorem Danych Osobowych jest: ZZOZ ul. Karmelicka 5 Wadowice. Kontakt: sekretariat@zzozwadowice.pl. Wizerunek jest przetwarzany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie się ze zgody należy złożyć w formie pisemnej. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych [iod@zzozwadowice.pl](mailto:iod@zzozwadowice.pl) Podanie danych ma charakter dobrowolny. Wizerunek będzie przetwarzany do czasu cofnięcia zgody bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis