

Miejscowość:	
Data:	

Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	

OŚWIADCZENIE o wyrażeniu zgody na wykorzystanie wizerunku lub głosu

Ja niżej podpisany(a), niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego **wizerunku/głosu***, utrwalonego w postaci **zdjęć fotograficznych/nagrań audiowizualnych***, przez Medyczo-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rzeszowie z siedzibą w Rzeszowie, ul. Warzywna 1, 35-310 Rzeszów, posiadający nadane numery NIP: 8133694069 oraz REGON: 181135515

w celach marketingowych, promocyjnych, reklamowych ww. podmiotu (podmiotów).

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć lub nagrań audiowizualnych, nieograniczone w czasie korzystanie i rozporządzanie, a w szczególności publiczne wykorzystanie, w tym na stronach internetowych, w mediach społecznościowych, wielokrotny druk.

podpis osoby udzielającej zgody

* - niepotrzebne skreślić

Informacja o przetwarzaniu danych

Administratorem Państwa danych jest podmiot lub podmioty, którym udzielili Państwo zgody na wykorzystanie Państwa wizerunku lub głosu. Dane pozyskane zostały bezpośrednio od Państwa. Podanie danych w zakresie imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania jest wymagane do złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody. Podstawą przetwarzania danych jest Państwa zgoda. Mogą Państwo wycofać zgodę w dowolnym momencie. Państwa dane przetwarzane będą przez czas korzystania z Państwa wizerunku lub głosu, bądź do odwołania przez Państwa zgody. Przysługuje Państwu prawo żądania od administratora dostępu do dotyczących Państwa danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Odbiorcą Państwa danych w zakresie imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania może być podmiot przetwarzający dane w imieniu administratora, tj. podmiot zajmujący się obsługą biurową, marketingową lub teleinformatyczną administratora, natomiast Państwa wizerunek lub głos będzie publicznie wykorzystany, zgodnie z udzieloną zgodą. Pytania lub żądania w zakresie przetwarzania danych prosimy kierować w formie pisemnej na adres siedziby administratora, za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: iod@medyk-studium.pl.

Zapoznałem(am) się z informacją

podpis osoby udzielającej zgody