



Oświadczenie beneficjenta

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie dotyczącą zadania *Krok do formy ON* i dobrowolnie wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb wskazanych w tej klauzuli informacyjnej zgodnie z RODO. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do swoich danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, wycofania zgody na przetwarzanie, prawie do przenoszenia danych, prawie do sprzeciwu oraz prawie do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....
(imię i nazwisko beneficjenta)

.....
data i podpis beneficjenta

Oświadczenie beneficjenta

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i wykorzystywanie wizerunku

1. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie- zadania pn. *Krok do formy ON* oświadczam również, że wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku przez Administratorów lub przez inne osoby na zlecenie Administratora, publikowanie, także publikowanie wraz z wizerunkami innych osób utrwalonych w ramach realizacji zadania publicznego, poprzez rozpowszechnianie wizerunku w:

- a) mediach elektronicznych, w szczególności na stronach internetowych;
- b) prasie;
- c) broszurach, ulotkach, gazetkach itp.;

2. Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą Zgodą nie narusza niczych dóbr osobistych ani innych praw.

3. Administrator może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania z wizerunku na zasadach określonych w niniejszej Zgodzie, w celu promocji działań Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego.

4. Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie.

.....
(imię i nazwisko beneficjenta)

.....
data i podpis beneficjenta