



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie

**Wycieczka turystyczno-integracyjna
„Magia Gór Świętokrzyskich”
15 – 19.08.2022 r.**

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO ZADANIA

o wyrażeniu zgody na upublicznianie wizerunku

☐ Wyrażam* ☐ Nie wyrażam* zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie 62-510 Konin, ul. Noskowskiego 1A** w całości i fragmentach, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.) na cele projektu: *Wycieczka turystyczno-integracyjna „Magia Gór Świętokrzyskich”*

.....
(imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego zadania)

.....
(PESEL)

.....
(adres beneficjenta ostatecznego zadania: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
data i podpis czytelny beneficjenta ostatecznego zadania

**właściwe zakreślić krzyżykiem X*



Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Koninie



Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie w Turku