

ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na udział
mojego dziecka w konkursie na nazwę parku
organizowanym przez Małopolski Szpital Rehabilitacyjny w Krzeszowicach.

Wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie danych osobowych moich/ mojego dziecka na potrzeby konkursu,
- publikację imienia i nazwiska, nazwy szkoły, klasy w przypadku uzyskania nagrody,
- przetwarzanie i publikację wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej i portalach społecznościowych zarządzanych przez Szpital, w przypadku uzyskania nagrody.

Podpis rodzica/opiekuna:

Data: