

*METRYCZKA	
Imię i nazwisko autora pracy	
Wiek	
Nazwa i adres placówki / numer telefonu/ adres e-mail	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Numer telefonu kontaktowego/ adres e-mail rodzica/ opiekuna prawnego	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/ dziecka, które reprezentuję, przez Śląską Izbę Lekarską z siedzibą w Katowicach, 40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 49A, Miejski Dom Kultury „Kosztka” z siedzibą w Katowicach, 40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 47, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016r. poz. 922) w zakresie przeprowadzenia i realizacji konkursu plastycznego pt. „Lekarz w oczach dziecka” organizowanego w związku z odsłonięciem pomnika Hippokratesa na skwerze przy Domu Lekarza – siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej wraz z podaniem do publicznej wiadomości imienia i nazwiska mojego dziecka/ dziecka, którego reprezentuję, jego wieku i nazwy placówki w ogłoszeniach wyników. Podanie danych jest dobrowolne*. Rodzicowi/ Opiekunowi prawnemu przysługuje prawo dostępu do treści podanych danych i ich uzupełnienia, uaktualnienia lub sprostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

*Niewyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych uniemożliwia wzięcie udziału w konkursie.

Wyrażam zgodę na wykonanie i publikację mojego wizerunku oraz mojego dziecka (podopiecznego)w związku z konkursem organizowanym w związku z odsłonięciem pomnika Hippokratesa na skwerze przy Domu Lekarza – siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego