

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego (Uczestnika Programu) w Programie "a KuKu" (dalej: „Program”) organizowanego przez „Fundację Przyjaciółka” z siedzibą w Warszawie, ul. Wiejska 19, 00-480 Warszawa (dalej zwana: „Organizatorem (1)”) oraz Fundację „Oriflame Dzieciom” z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jutrzenki 135, 02-231 Warszawa (dalej zwana: Organizatorem (2)”).

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Programu i akceptuję jego postanowienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego podopiecznego (Uczestnika Programu), w zakresie zawartym we Wniosku – zgłoszeniu do Programu, w celu przystąpienia do Programu i jego prawidłowego przeprowadzenia. Przyjmuje do wiadomości, że:

- a) administratorami zbieranych danych osobowych są samodzielnie i odrębnie „Fundacja Przyjaciółka” z siedzibą w Warszawie, ul. Wiejska 19, 00-480 Warszawa oraz Fundacja „Oriflame Dzieciom” z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jutrzenki 135, 02-231 Warszawa;
- b) dane nie będą udostępniane innym podmiotom niż Organizatorzy oraz podmioty współpracujące z Organizatorami przy realizacji Programu, którym te dane zostaną powierzone zgodnie z art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych;
- c) mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz mojego podopiecznego i ich poprawiania;
- d) podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w Programie.

Wyrażam zgodę na publikację przez Organizatora (1,2) oraz podmioty współpracujące z Organizatorami przy realizacji Programu danych osobowych moich i mojego podopiecznego (Uczestnika Programu) oraz wizerunku mojego i mojego podopiecznego (Uczestnika Programu), który może zostać uwidoczniony na zdjęciach lub filmach z przeprowadzenia Programu, w celu realizacji Programu, w tym w celu jego promocji i prezentacji, zgodnie z postanowieniami regulaminu, na łamach prasy i w Internecie, przez okres dwóch lat od zakończenia Programu.

.....
Imię i nazwisko podopiecznego - Uczestnika Programu

.....
Imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
Podpis opiekuna prawnego

.....
Miejscowość, data