

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie

ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyn

ORGANIZATOR

.....
Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Niniejszym oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2509) wyrażam zgodę na bezpłatne utrwalenie, wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku w celach reklamowych, promocyjnych i informacyjnych związanych z firmą Organizatora.

Zgoda dotyczy fotografii i nagrań audiowizualnych utrwalonych w ramach Szkoły rodzenia oraz obejmuje takie formy publikacji jak: umieszczenie w zasobach Organizatora, udostępnienie na stronach internetowych oraz social mediach, tj. Facebook, Instagram, Google należących do Organizatora, publikację w materiałach reklamowych, ulotkach, broszurach, mediach, prasie i programach.

Zgoda dotyczy również możliwości przetwarzania wizerunku przez kadrowanie, obróbkę cyfrową itp. Wizerunek Uczestnika lub Osoby Towarzyszącej może być utrwalony oraz wykorzystany i rozpowszechniony w trakcie trwania zajęć Szkoły rodzenia oraz po ich zakończeniu.

.....
Podpis Uczestniczki

.....
Podpis Osoby Towarzyszącej