



.....
(Imię i Nazwisko pacjenta)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych wrażliwych

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych wrażliwych (zdjęcia przedniego odcinka oka) przez Polskie Stowarzyszenie Soczewek Kontaktowych, ul. Prosta 3A, 87-100 Toruń (administrator danych) oraz przez

.....
(nazwa salonu lub imię i nazwisko specjalisty/adres)

w celach związanych z realizacją konkursu edukacyjnego na fotografię przedniego odcinka oka, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r.Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(łam) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data

.....
Podpis



.....
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych wrażliwych

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych wrażliwych mojego dziecka/podopiecznego*.....

(Imię i Nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Polskie Stowarzyszenie Soczewek Kontaktowych, ul. Prosta 3A, 87-100 Toruń (administrator danych) oraz przez

.....
(nazwa salonu lub imię i nazwisko specjalisty/adres)

w celach związanych z realizacją konkursu edukacyjnego na fotografię przedniego odcinka oka, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r.Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(łam) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data

.....
Podpis

*niepotrzebne skreślić