



.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa jednostki)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW REGIONALNYCH MISTRZOSTW W RATOWNICTWIE MEDYCZNYM W JELENIEJ GÓRZE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze w celu organizacji, przeprowadzenia oraz promocji Regionalnych Mistrzostw w Ratownictwie Medycznym w dniach 25-27 czerwca 2025 r. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO (Dz.U. Dz.U.U.E.L.2016.119.1)

.....
(data i czytelny podpis Uczestnika Mistrzostw)

Wyrażam zgodę na utrwalanie oraz nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku oraz wypowiedzi utrwalonej w formie nagrania dźwiękowego, w trakcie i po zakończeniu Regionalnych Mistrzostw w Ratownictwie Medycznym w Jeleniej Górze, poprzez umieszczanie zdjęć i filmu z Mistrzostw na stronie internetowej Pogotowia Ratunkowego w Jeleniej Górze, profilu Facebook, jak również w mediach zewnętrznych, w celach promocyjno-informacyjnych związanych z realizacją wskazanego wydarzenia zgodnie z art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U.2025.24).

.....
(data i czytelny podpis Uczestnika Mistrzostw)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu Regionalnych Mistrzostw w Ratownictwie Medycznym w Jeleniej Górze oraz, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w Regionalnych Mistrzostwach w Ratownictwie Medycznym w Jeleniej Górze.

.....
(data i czytelny podpis Uczestnika Mistrzostw)