

Karta Zgłoszenia do Konkursu „Brzuszkowe Szaleństwo”

1. Imię i nazwisko uczestnika Konkursu:

.....

2. Numer telefonu uczestnika Konkursu:

.....

3. Adres e-mail uczestnika Konkursu:

.....

4. Data urodzenia uczestnika Konkursu:

.....

5. Termin porodu wyznaczony przez lekarza ginekologa-położnika:

.....

6. Czy rodziła już Pani naturalnie: Tak / Nie

7. Czy teraz chce Pani urodzić naturalnie: Tak / Nie

O Ś W I A D C Z E N I E

1. Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem Konkursu „Brzuszkowe Szaleństwo” i akceptuję jego treść.
2. Oświadczam, że dane zawarte w Karcie Zgłoszenia są prawdziwe.
3. Oświadczam, że rozumiem, że przesłanie przeze mnie niniejszej Karty Zgłoszenia oznacza wyrażenie wszelkich zgód, o których mowa w Regulaminie Konkursu.
4. Oświadczam, że rozumiem, iż Voucher na Pakiet Opieki po Porodzie Fizjologicznym może być wykorzystany tylko w przypadku ciąży niepowikłanej donoszonej, a skorzystanie z Pakietu Opieki po Porodzie Fizjologicznym jest możliwe po uzyskaniu pozytywnej kwalifikacji podczas wstępnego badania lekarskiego.

Oświadczam, iż jestem autorem Zdjęcia Konkursowego przesłanego w ramach zgłoszenia do Konkursu „Brzuszkowe Szaleństwo” nadesłanego do Polikliniki Arciszewscy Sp. z o.o. z adresu mailowego:

.....

i przysługują mi nieograniczone majątkowe prawa autorskie do w/w Zdjęcia. W celach związanych z organizacją i przeprowadzeniem Konkursu, udzielam Poliklinice Arciszewscy Sp. z o.o. niewyłącznej nieodpłatnej licencji do stworzonego przez siebie Zdjęcia, na następujących polach eksploatacji:

- a. w zakresie utrwalania i zwielokrotniania utworu – wytwarzanie egzemplarzy utworu techniką drukarską, reprograficzną, zapisu magnetycznego oraz techniką cyfrową
- b. w zakresie obrotu oryginałem albo egzemplarzami, na których utwór utrwalono – wprowadzenie do obrotu, użyczenie najem oryginału lub egzemplarzy
- c. w zakresie rozpowszechniania utworu w sposób inny niż określony w pkt. b) – publiczne wykonanie, wystawienie, wyświetlenie, odtworzenie lub nadawanie i reemitowanie, a także publiczne udostępnienie utworu w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i czasie przez siebie wybranym, w tym wyprowadzenie utworu do pamięci komputera oraz do sieci telekomunikacyjnych i informatycznych.

Oświadczam, iż osoby, których wizerunek widnieje na Zdjęciu wyraziły nieodpłatnie zgodę na jego rozpowszechnianie przez Poliklinikę Arciszewscy Sp. z o.o. na stronach internetowych www.arciszewski.pl, <http://www.facebook.com/poliklinika> oraz <https://www.instagram.com/poliklinikaarciszewscy/>. W przypadku skierowania przez te osoby roszczeń przeciwko Poliklinice Arciszewscy Sp. z o.o., zobowiązuję się pokryć wszelkie koszty z tym związane, w tym poniesione przez Poliklinikę Arciszewscy Sp. z o.o.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Poliklinikę Arciszewscy Sp. z o.o. przekazanych przeze mnie danych osobowych w celach związanych z przeprowadzeniem Konkursu, zgodnie z regulaminem oraz z zachowaniem zasad określonych w Art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. U. UE L z 2016 r. nr 119 s. 1 z 04.05.2016), a także na nieodpłatne opublikowanie mego imienia i wykonanego przeze mnie zdjęcia na stronach internetowych www.arciszewski.pl, <http://www.facebook.com/poliklinika> oraz <https://www.instagram.com/poliklinikaarciszewscy/>. Oświadczam, że zostałam poinformowana o prawie wglądu do swoich danych osobowych, ich poprawiania oraz żądania usunięcia danych, o ile znajdzie zastosowanie jedna z przesłanek z art. 17 ust. 1 RODO; żądania ograniczenia przetwarzania danych; cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....

.....

*Data i miejscowość
Podpis Autora Zdjęcia Konkursowego*