

## OŚWIADCZENIE

### w sprawie udzielenia zgody na przeprowadzenie badania, na wykorzystanie wizerunku i przetwarzanie danych osobowych w ramach programu „NIE nowotworom u dzieci” (dalej: Program)

Działając, jako ustawowy opiekun dziecka.....  
ur. .... oświadczam, iż zostałem/am zapoznany/a z celem, istotą i zakresem badania ultrasonograficznego i wyrażam zgodę na wykonanie tego badania u mojego dziecka przez personel medyczny Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o., ul. Nielubowicza 5, 02-097 Warszawa, wpisanego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawa w Warszawie XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000162232, NIP 526 25 08 021. Jestem świadom udziału i pomocy Wolontariuszy na pokładzie ambulansu w czasie badań.

Korzystanie z tego Ambulansu Ronald McDonald Care Mobile jest możliwe dzięki dotacji od Ronald McDonald House Charities, Inc., charytatywnej organizacji non-profit zwolnionej z opodatkowania („Globalna organizacja RMHC”). Niżej podpisany potwierdza i akceptuje, że Globalna organizacja RMHC nie ponosi żadnej odpowiedzialności za funkcjonowanie tego Ambulansu Ronald McDonald Care Mobile ani żadne działania w zakresie opieki medycznej, dentystycznej i/lub edukacji zdrowotnej w nim prowadzone, przy czym Globalna organizacja RMHC jest w pełni zwolniona z wszelkich roszczeń i wszelkiej odpowiedzialności z tego tytułu .

#### Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a:

- o zasadach przetwarzania danych osobowych przez Fundację Ronalda McDonalda z siedzibą w Warszawie oraz Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. oraz Partnerów Programu ujętych w „Nocie informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Programu „NIE nowotworom u dzieci”,
- o tym, że zakres przetwarzanych danych określony jest w wypełnionym formularzu, a także w przepisach odrębnych, dotyczących przetwarzania danych ujętych w dokumentacji medycznej,
- o tym, że przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji Programu, którego celem jest między innymi zapewnienie nieodpłatnych usług z zakresu opieki zdrowotnej dzieciom z obszarów geograficznych, gdzie potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej są w porównaniu z normami zaspokajane w sposób niedostateczny.

Ponadto, niniejszym

- Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody

#### na nieograniczone czasowo i terytorialnie wykorzystywanie mojego wizerunku oraz wizerunku mojego dziecka przez Fundację Ronalda McDonalda z siedzibą w Warszawie oraz Partnerów Programu.

Materiały zawierające mój i mojego dziecka wizerunek mogą występować w dowolnej formie, stylistyce, kolorystyce lub środku przekazu (w tym w szczególności w formie zdjęć, taśm wideo, filmów, zapisów dźwiękowych, tekstowych, oprogramowania komputerowego, rysunków, wydruków, audycji internetowych oraz elektronicznych środków masowego przekazu).

Ambulanse wspierają rodziny bezpłatnie, może im pomóc Twój 1%



KRS 0000 105450

*Prosimy!*

Korzystanie z mojego wizerunku i wizerunku mojego dziecka będzie ograniczone do użycia go wyłącznie w celach charytatywnych, w szczególności realizacji celów statutowych Fundacji, popularyzacji działalności Fundacji lub uzyskiwania wsparcia dla działań przez nią prowadzonych oraz popularyzacji działalności charytatywnej Partnerów Fundacji. Zgoda obejmuje uprawnienie do udostępniania mojego wizerunku – w wyżej określonym celu - podmiotom powiązanym i zależnym od Fundacji, a także Partnerom Programu.

Szczegółowe informacje dot. wykorzystania wizerunku znajdują się w „**Nocie informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Programu „NIE nowotworem u dzieci”**”.

Niniejsze oświadczenie podlega prawu polskiemu, a wszelkie spory z nim związane podlegają rozstrzygnięciu przez właściwe polskie sądy powszechne.

Ponadto,

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na otrzymywanie ze strony Fundacji Ronalda McDonalda informacji przesyłanych drogą elektroniczną, pocztą tradycyjną, a także połączeń telefonicznych w celach promocji działalności statutowej Fundacji, prowadzenia zbiorów publicznych na cele działalności charytatywnej Fundacji oraz w innych celach uzasadnionych działalnością statutową Fundacji.

**Dzieci :**

1. \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko /data urodzenia dziecka
2. \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko /data urodzenia dziecka
3. \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko /data urodzenia dziecka
4. \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko /data urodzenia dziecka

**Rodzic, opiekun, dorosły:**

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko (pismem drukowanym)

\_\_\_\_\_  
Podpis

\_\_\_\_\_  
Data złożenia podpisu

\_\_\_\_\_  
Miejscowość złożenia podpisu, kraj, kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Adres mailowy

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, kraj, kod pocztowy

Ambulanse wspierają rodziny bezpłatnie, może im pomóc Twój 1%



KRS 0000 105450

*Prosimy!*