

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a..... legitymujący/a się dowodem osobistym seria.....nr....., będąc uczestnikiem kursu Masaż Shantala wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie w celu organizacji Kursu Masaż Shantala zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2002r. nr 101 poz. 926 z późn. zm.). Dane nie będą wykorzystane w żadnym innym celu.

Kraków, dnia.....2016 r.

.....

podpis Uczestnika Kursu Masaż Shantala

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA KURSU MASAŻ SHANTALA

Nazwisko i imię uczestnika Kursu Masaż Shantala:

.....

Adres e-mail

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych związanych z funkcjonowaniem Punktu Usług Komercyjnych, w tym kursu Masaż Shantala, przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie oraz otrzymywanie drogą elektroniczną, w formie wiadomości e-mail, informacji na temat Punktu Usług Komercyjnych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

Jestem świadomy możliwości zrezygnowania w każdej chwili, z otrzymywania powiadomień drogą elektroniczną.

Kraków, dnia .....

.....

podpis Uczestnika Kursu Masaż Shantala

**Dokonanie zapisu na Kurs dla rodziców – MASAŻ SHANTALA oznacza potwierdzenie zapoznania się z zasadami kursu oraz akceptację wszystkich zapisów regulaminu**

Kraków, dnia .....

.....

podpis Uczestnika Kursu Masaż Shantala