

**Oświadczenia – X Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy i Prawników w Szachach,  
wydarzenia integracyjne, sportowe**

**W celu zapewnienia realizacji Pani/Pana praw, przed wyrażeniem zgody prosimy o  
zapoznanie się z informacjami zawartymi w „Informacji o przetwarzaniu danych”.**

Informujemy, że Pani/Pana zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W celu wycofania zgody prosimy o przesłanie wiadomości na adres [kazimierzdolny.mistrzostwa2024@gmail.com](mailto:kazimierzdolny.mistrzostwa2024@gmail.com)

**Dobrowolna zgoda na przekazywanie informacji w przyszłości**

Proszę o przesyłanie mi przez Stowarzyszenie Szachistów Szachpol w Łukowie w przyszłości informacji dotyczących organizowanych wydarzeń edukacyjnych, integracyjnych i sportowych na poniższy adres email:

.....

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ r.

Podpis wnioskującego: \_\_\_\_\_

**Zezwolenie na wykorzystanie wizerunku**

Ja niżej podpisany, wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku podczas **X Ogólnopolskich Mistrzostw Lekarzy i Prawników w Szachach** (dalej: „Wydarzenie”) w postaci zdjęć, filmów i nagrań oraz na jego rozpowszechnianie - przez Stowarzyszenie Szachistów Szachpol (dalej „Stowarzyszenie”), Ul. Wiatraki 1, 21-400 Łuków.

Niniejsza zgoda obejmuje takie formy rozpowszechniania jak: udostępnianie wizerunku na stronach internetowych prowadzonych przez Stowarzyszenie, izby lekarskie i prawnicze w social mediach administrowanych przez Stowarzyszenie, zamieszczanie wizerunku w wydawnictwach m.in. Krajowej Izby Radców Prawnych (w tym w dwumiesięczniku Radca Prawny), Naczelnej Izby Lekarskiej oraz w materiałach promocyjnych i informacyjnych Krajowej Izby Radców Prawnych i Stowarzyszenia, Naczelnej Izby Lekarskiej i Lubelskiej Izby Lekarskiej oraz miasta Kazimierz Dolny – w celu promocji, informowania i przedstawienia relacji z Wydarzenia.

Niniejsza zgoda odnosi się do wielokrotnego, nieograniczonego czasowo i terytorialnie rozpowszechniania wizerunku.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ r.

Podpis wnioskującego: \_\_\_\_\_

