

....., dnia roku
(miejscowość) (data)

1.....
(imię i nazwisko Rodzica- **Matki** /Opiekuna Prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

Fundacja dla Dzieci z Chorobami
Nowotworowymi „Krwinka”
90-273 Łódź
ul. Rewolucji 1905 r 9

PESEL:

2.
(imię i nazwisko Rodzica- **Ojca** /Opiekuna Prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL:

3.....
(imię i nazwisko **Podopiecznego**)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL:

OŚWIADCZENIE

Niniejszym, wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie oraz nieograniczone czasowo i terytorialnie wielokrotne wykorzystywanie przez Fundację dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi „Krwinka” wizerunku mojego oraz mojego, wyżej wskazanego dziecka.

Powyższa zgoda obejmuje następujące pola eksploatacji: wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć/filmów; obrót egzemplarzami, na których utrwalono nasze wizerunki oraz ich zwielokrotnianie wszelkimi dostępnymi technikami i metodami; rozpowszechnianie oraz publikowanie w materiałach służących realizacji statutowych zadań Fundacji, czyli udzielaniu świadczeń dla Podopiecznych i ich Rodzin, również promocji działalności Fundacji, a w szczególności w: mediach (np. internet, TV, radio), materiałach promocyjnych (m.in.: w folderach, kalendarzach, ulotkach, plakatach, prezentacjach, newsletterze, reklamach prasowych), materiałach eksponowanych na otwartej przestrzeni (np.: billboardy).

.....
(czytelny podpis Rodzica-**Matki**/Opiekuna Prawnego)

.....
(czytelny podpis Rodzica-**Ojca**/Opiekuna Prawnego)

.....
(czytelny podpis Podopiecznego, który ukończył **16 lat**)