

## OŚWIADCZENIE

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

Niniejsze badanie jest przeprowadzane dzięki Fundacji Ronalda McDonalda z siedzibą w Warszawie, która jest organizacją pożytku publicznego, realizującą program Ronald McDonald Care Mobile oraz Partnerom Programu. Mobilny punkt medyczny Ronald McDonald Care Mobile może być wykorzystywany dzięki darowiźnie Ronald McDonald House Charities, Inc. z/s w Chicago, IL („RMHC”), dobroczynnej organizacji non-profit.

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 Top Medical Sp. z o.o. z siedzibą w Lublinie, prowadzącą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, wpisany do rejestru NZOZ pod numerem 06-00002. Jestem świadom udziału Wolontariuszy na pokładzie ambulansu w czasie badań.

Przyjmuję do wiadomości, że Fundacja Ronalda McDonalda oraz RMHC nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za działalność niniejszego punktu medycznego Ronald McDonald Care Mobile, ani za czynności medyczne w nim wykonywane.

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

- o zasadach przetwarzania danych osobowych przez Fundację Ronalda McDonalda z siedzibą w Warszawie oraz Top Medical Sp. z o.o. z siedzibą w Lublinie 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).

*Prosimy!* 

**Ambulanse wspierają rodziny bezpłatnie, może im pomóc Twój 1%**



| KRS 0000 105450

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 nowotworom 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 zbiórek publicznych na cele działalności charytatywnej Fundacji oraz w innych celach uzasadnionych działalnością statutową Fundacji.

**Dzieci :**

**Rodzic, opiekun, dorosły:**

1. \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko /data urodzenia dziecka

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko (pismem drukowanym)

2. \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko /data urodzenia dziecka

\_\_\_\_\_

Podpis

3. \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko /data urodzenia dziecka

\_\_\_\_\_

Data złożenia podpisu

4. \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko /data urodzenia dziecka

\_\_\_\_\_

Miejscowość złożenia podpisu, kraj, kod pocztowy

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Adres mailowy

\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_

Miejscowość, kraj, kod pocztowy

*Prosimy!* 

**Ambulanse wspierają rodziny bezpłatnie, może im pomóc Twój 1%**



| KRS 0000 105450