

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA

w sprawie udzielenia zgody na przeprowadzenie badania,

zgody na wykorzystanie wizerunku i zapoznania się z informacją o przetwarzaniu 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 niezarobkową 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.....
imię i nazwisko dziecka

urodzonego.....
data urodzenia dziecka

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 Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. 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 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).

Korzystanie z mojego wizerunku i wizerunku mojego dziecka będzie ograniczone do użycia go wyłącznie w celach charytatywnych, w szczególności realizacji celów statutowych Fundacji, popularyzacji misji 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 powiązanim i zależnym od Fundacji, a także Partnerom Programu.

Szczegółowe informacje dot. wykorzystania wizerunku znajdują się w „**Klauzuli 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 :

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