

## Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu

### Zgoda na wykorzystanie wizerunku dziecka

Ja niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko rodzica)

jako przedstawiciel ustawowy .....  
(imię i nazwisko dziecka/dzieci)

wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie przez Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, dalej jako „Szpital”, wizerunku wskazanego dziecka/dzieci utrwalonego na przekazanych przeze mnie zdjęciach, poprzez zamieszczenie wizerunku dziecka/dzieci na stronach Szpitala w mediach i serwisach społecznościowych działających w internecie, w tym w serwisie Facebook, w celach informacyjnych i promujących działalność Szpitala.

Jednocześnie wyrażam zgodę na kadrowanie i komponowanie zdjęć zawierających wizerunek dziecka/dzieci w opisanym powyżej celu i zakresie.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że wyrażenie niniejszej zgody jest dobrowolne, a także, iż zgodę mogę wycofać w każdym czasie.

.....

*data*

.....

*czytelny podpis*