

## ZGODA NA UDZIAŁ W KONKURSIE KLINIKI ZDROWIA I URODY MALINA-MED

Ja, niżej podpisany/a, \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego), wyrażam zgodę na udział mojego dziecka \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko dziecka), która/y jest w wieku \_\_\_\_\_, w konkursie na najlepsze hasło reklamowe organizowanym przez Klinikę Zdrowia i Urody Malina Med z okazji 17 urodzin.

Zapoznałem/am się z regulaminem konkursu i akceptuję jego warunki. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w celu przeprowadzenia konkursu, realizacji nagród oraz otrzymywania newslettera, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

Dane kontaktowe rodzica/opiekuna prawnego:

- Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_
- Adres e-mail: \_\_\_\_\_
- Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_