***…………………………………………….***

***Miejscowość, data***

***ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU***

***Ja……………………………………………………………………………………………***

***zamieszkały(a) w …………………………………………………przy ul. ………………………………………….. identyfikując się numerem pesel …………………………………………………………………………………..wyrażam zgodę nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku (w wersji papierowej i elektronicznej) oraz na stronie internetowej i mediach społecznościowych (Facebook, Instagram) Centrum medycznego ARNICA.***

***Zostałem/am poinformowany, że w każdym momencie mogę wycofać zgodę. Cofnięcie zgody nie wpływa na prawidłowe przetwarzanie przed jej wycofaniem.***

***…………………………………………………………………..***

 ***Podpis***