

OŚWIADCZENIE

IMIĘ I NAZWISKO:

IMIĘ DUCHOWE :

PEŁEN ADRES:

NUMER TELEFONU:

TEL. KOMÓRKOWY:

E-MAIL:

DATA URODZENIA (DD/MM/RR):

MEŃCZYŻNA: ____

KOBIETA: ____

JESTEM OBECNIE W TRAKCIE KURACJI LEKARSKIEJ / W TRAKCIE LECZENIA
PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO LUB PSYCHIATRYCZNEGO:

TAK: ____

POWÓD: _____

NIE: ____

AKTUALNIE BIORĘ LEKI:

TAK: ____

JAKIE LEKI: _____

POWÓD: _____

NIE: ____

INNE INFORMACJE:

INFORMACJE PODANE POWYŻEJ SĄ NIEZBĘDNE DLA ORGANIZTORÓW IV FESTIWALU
KUNDALINI JOGI 30.05-03.06.2018 W CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W TARASCE ORAZ
STANOWIĄ DANE POUFNE OBJĘTE OCHRONĄ ZGODNIE Z USTAWĄ O OCHRONIE DANYCH
OSOBYCH Z DN. 29.08.1997

MIEJSCE I DATA:

IMIĘ I NAZWISKO (URZĘDOWE):

PODPIS:

PROSZĘ NIE ZAPOMNIJ PODPISAĆ NASTĘPNEJ STRONY!

OŚWIADCZENIA SZCZEGÓLNE

JA NIŻEJ PODPISANA/Y POD TYM DOKUMENTEM OŚWIADCZAM, ŻE ROZUMIEM RYZYKO ZWIĄZANE Z PRAKTYKĄ KUNDALINI JOGI PODCZAS UCZESTNICTWA W IV FESTIWALU KUNDALINI JOGI 30.05-03.06.2018 I PONOSZĘ PEŁNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZWIĄZANĄ Z TĄ PRAKTYKĄ ZARÓWNO W STOSUNKU DO MOJEJ OSOBY, JAK I OSÓB BĘDĄCYCH POD MOJĄ OPIEKĄ.

JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE ZRZEKAM SIĘ ROSZCZEŃ Z TYTUŁU JAKICHKOLWIEK STRAT, PONIESIONYCH KOSZTÓW, WYDATKÓW, ZOBOWIĄZAŃ, ORAZ USZKODZEŃ MIENIA I KONTUZJI FIZYCZNYCH I PSYCHICZNYCH, A TAKŻE ZRZEKAM SIĘ PRAWA WYTOCZENIA POWÓDZTWA W STOSUNKU DO ORGANIZATORÓW IV FESTIWALU KUNDALINI JOGI 30.05-03.06.2018 W CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W TARASCE ORAZ ICH WOLONTARIUSZY I OSÓB ICH REPREZENTUJĄCYCH.

JA NIŻEJ PODPISANA/Y AKCEPTUJĘ Z GÓRY I ROZUMIEM, ŻE NIKT NIE DAJE MI ŻADNYCH GWARANCJI BEZPIECZEŃSTWA W STOSUNKU DO MOJEJ OSOBY I MOJEJ WŁASNOŚCI W TRAKCIE UCZESTNICTWA W IV FESTIWALU KUNDALINI JOGI 30.05-03.06.2018 W CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W TARASCE.

JA NIŻEJ PODPISANA/Y BIORĘ PEŁNE RYZYKO I ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA UCZESTNICTWO W IV FESTIWALU KUNDALINI JOGI 30.05-03.06.2018 W CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W TARASCE ZARÓWNO W STOSUNKU DO MOJEJ OSOBY, JAK I OSÓB BĘDĄCYCH POD MOJĄ OPIEKĄ.

PONADTO OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29 SIERPNIĄ 1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ STOWARZYSZENIE FESTIWAL KUNDALINI JOGI W WARSZAWIE W ZWIĄZKU Z UCZESTNICTWA W IV FESTIWALU KUNDALINI JOGI 30.05-03.06.2018 W CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W TARASCE. ZGODA TA OBEJMUJE ZBIERANIE, UTRWALANIE, PRZECHOWYWANIE, OPRACOWYWANIE, ZMIENIANIE, UDOSTĘPNIANIE I USUWANIE TYCH DANYCH;
- 2) WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU MOJEGO ORAZ OSÓB BĘDĄCYCH POD MOJĄ OPIEKĄ PRZEZ ORGANIZATORÓW IV FESTIWALU KUNDALINI JOGI 30.05-03.06.2018 W CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W TARASCE DO PROMOWANIA KUNDALINI JOGI W SZCZEGÓLNOŚCI POPRZEZ UPOWSZECHNIANIE ZDJĘĆ ORAZ MATERIAŁÓW FILMOWYCH.

UWAGA:

OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM W PEŁNI MOICH WŁADZ FIZYCZNYCH I UMYSŁOWYCH W TRAKCIE UCZESTNICTWA W IV FESTIWALU KUNDALINI JOGI 30.05-03.06.2018 W CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W TARASCE.

W PRZYPADKU ZAISTNIENIA TAKIEJ KONIECZNOŚCI, AKCEPTUJĘ USUNIĘCIE MNIE Z IV FESTIWALU KUNDALINI JOGI 30.05-03.06.2018 W CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W TARASCE W KAŻDEJ CHWILI DECYZJĄ ORGANIZATORÓW.

MIEJSCE I DATA:

IMIĘ I NAZWISKO (URZĘDOWE):

PODPIS: