

.....  
Imię i nazwisko pracownika/zleceniobiorcy/stażysty/praktykanta\*

## **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

**Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie przez 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ z siedzibą w Wałczu (78-600) przy ul. Kołobrzesckiej 44 swojego wizerunku, w tym publikację w poniżej wskazanych miejscach?**

Celem przetwarzania Pani/Pana wizerunku jest publikacja informacji o działaniach Szpitala. W każdej chwili może Pani/Pan wycofać poniższą zgodę.

- 1) Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na publikację mojego wizerunku na stronie internetowej Szpitala.
- 2) Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na publikację mojego wizerunku w materiałach informacyjnych tworzonych przez Administratora.
- 3) Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na publikację mojego wizerunku w mediach społecznościowych prowadzonych przez Szpital, tj. Facebook.

.....  
Data oraz podpis pracownika/zleceniobiorcy/stażysty/praktykanta\*

\*niepotrzebne skreślić