

DANE UCZESTNIKA

imię: .....  
nazwisko: .....  
e-mail: .....  
tel. ....

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

**informuję, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejska Biblioteka Publiczna w Świdnicy ul. Franciszkańska, 58 -100 Świdnica tel: 74/640-09-46, mail: [mbp@mbp.swidnica.pl](mailto:mbp@mbp.swidnica.pl)
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem tel. 609010402 lub adresem email: [krzysztof.olejniczak@comars.pl](mailto:krzysztof.olejniczak@comars.pl)
3. Dane osobowe Pana/i/ i dziecka są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych.
4. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody.
5. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.
7. Pana/Pani i dziecka dane osobowe w zakresie obejmującym imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail, wizerunek będą przetwarzane wyłącznie w celu uczestnictwa w wydarzeniu.
8. Nie wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie: imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail, wizerunek skutkować będzie brakiem możliwości uczestnictwa w wydarzeniach.
9. W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

**Oświadczenie Uczestnika:** .....

imię i nazwisko Uczestnika

Tak

Nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/mojego dziecka danych osobowych w zakresie: imię i nazwisko numer telefonu, e-mail, w celu uczestnictwa w konkursie MEMORY 75.

.....  
*Podpis Uczestnika/ w przypadku osoby niepełnoletniej rodzica/opiekuna prawnego*

Tak

Nie

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich/mojego dziecka mojego wizerunku wyłącznie w celu promocji konkursu MEMORY 75 na stronach internetowych Miejskiej Biblioteki Publicznej w Świdnicy oraz mediach społecznościowych.

.....  
*Podpis Uczestnika/ w przypadku osoby niepełnoletniej rodzica/opiekuna prawnego*