

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

KARTA BENEFICJENTA projektu „RAZEM PO ZDROWIE”

Dane osobowe

Imię i nazwisko

.....

Wiek

.....

Dane kontaktowe

Numer telefonu

.....

E-mail

.....

Oświadczam, że:

1. Zamieszkuję na terenie województwa mazowieckiego.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej RAZEM zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) jedynie na potrzeby projektu „RAZEM PO ZDROWIE”.
3. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku jedynie na potrzeby projektu „RAZEM PO ZDROWIE”.
4. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się i akceptuję regulamin funkcjonowania placówki w trakcie covid-19.

Data i podpis

.....