

ZGODY

tak

nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu

Wyrażam zgodę na utrwalenie i bezpłatne wykorzystanie mojego wizerunku zarejestrowanego podczas wydarzeń i zajęć związanych z realizacją zadań statutowych Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu w celach promocyjnych i informacyjnych fundacji, w tym na jego publikację na stronach internetowych, w publikacjach drukowanych i elektronicznych, na profilach społecznościowych oraz w innych materiałach promocyjnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celu marketingu produktów i usług fundacji

Wyrażam zgodę na utrwalenie i bezpłatne wykorzystanie mojego wizerunku zarejestrowanego podczas wydarzeń i zajęć związanych z realizacją zadań statutowych Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu przez podmioty dziennikarskie lub informacyjne w celu przygotowania przez nich programów informacyjnych, edukacyjnych, dokumentalnych i publikacji ich w dostępnych kanałach

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celu marketingu produktów i usług partnerów i podmiotów współpracujących z fundacją

Wyrażam zgodę na przekazywanie za pomocą wymienionych poniżej środków komunikacji informacji handlowych o produktach lub usługach fundacji, jej partnerów oraz podmiotów współpracujących, zgodnie z wyrażonymi zgodami.

	tak	nie
Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SMS / MMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne udostępnione przez Fundację kanały	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

adres e-mail

data i podpis osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego