

## Formularz udzielenia zgody na wykonanie fotografii

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Numer telefonu \_\_\_\_\_

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie przez KM Dental Sp. z o.o. Z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Ostródzkiej 10, czy to w przeszłości, teraźniejszości lub w przyszłości mojego wizerunku, nazwiska i szczegółów biograficznych i umieszczenie tych informacji na stronie internetowej KM Dental sp. z o.o. Oraz w innych przyszłych publikacjach i materiałach wydanych przez KM Dental sp. z o.o. (włączając bez ograniczeń plakaty, strony internetowe, broszury, ulotki).

Dając niniejszą zgodę rozumiem, że wszystkie materiały i publikacje będą krążyły w obrębie i poza granicami Państwa Polskiego.

Podstawa prawna: art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2002 r. nr 101 poz. 926 – tekst jednolity).

\_\_\_\_\_  
podpis

\_\_\_\_\_  
data