

SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowym MSWiA „ORION” w Ciechocinku	POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	Symbol: K4	Wydanie: 1	Strona: 1 z 2
---	---	----------------------	----------------------	-------------------------

Klauzula informacyjna (udostępnianie wizerunku)¹

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję się, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji „ORION” w Ciechocinku**, ul. Warzelniana 1, 87-720 Ciechocinek, zwanym dalej SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Ciechocinku;
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Ciechocinku jest możliwy pod nr telefonu +48 (54) 283 91 00 oraz pod adresem e-mail iod@sanatoriumorion.pl, a także pod adresem wskazanym w pkt. 1;
3. Dane osobowe Państwa przetwarzane będą w celu promocji i budowania pozytywnego wizerunku SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Ciechocinku – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. r.
4. Państwa dane osobowe oraz wizerunek nie będą udostępniane innym podmiotom.
5. Administrator danych nie przekazuje Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu udostępnienia wizerunku.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych, a także prawo do cofnięcia zgody.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, Godziny pracy urzędu: 8.00 – 16.00, Infolinia: 606-950-000, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne.

.....
Data

.....
Czytelny podpis

¹ Klauzula powinna być podpisana przez każdą osobę, która wyraziła zgodę na udostępnienie swojego wizerunku.

SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskim MSWiA „ORION” w Ciechocinku	POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	Symbol: K4	Wydanie: 1	Strona: 2 z 2
--	---	----------------------	----------------------	-------------------------

Ja niżej podpisany *na podstawie art. 6 ust. 1 lit a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz z art. 81 ustawy z dnia 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych* wyrażam **Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowskiemu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji „ORION” w Ciechocinku** zgodę na nieodpłatne utrwalenie oraz nieograniczone czasowo oraz terytorialnie, wielokrotne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego w dniu

Niniejsza zgoda obejmuje następujące pola eksploatacji: wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, obrót egzemplarzami, na których utrwalono mój wizerunek oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, w materiałach służących promocji działalności **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowskiego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji „ORION” w Ciechocinku**. W szczególności w: mediach (np. Internet), w materiałach promocyjnych (m.in.: w folderach, kalendarzach, ulotkach, plakatach, prezentacjach, newsletterze), reklamach prasowych, bilbordach i materiałach eksponowanych na otwartej przestrzeni.

.....

(miejscowość, data)

.....

Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę