

Gliwice , dnia 14-16.11.2025 r.

Oświadczenie o stanie zdrowia

Ja, niżej podpisany(a) _____ oświadczam, iż znajduję się w stanie zdrowia pozwalającym na udział w zawodach w dniach 14-16 listopada 2025 r. i startuję w tych zawodach na własną odpowiedzialność.

Imię i nazwisko

Oświadczenie RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U.2002.101.926) zawartych w powyższym oświadczeniu oraz wykorzystania mojego wizerunku przez Polski Związek Pływacki z siedzibą ul. Człstkowska 18, 01-687 Warszawa w celu promocji i upowszechniania sportu oraz kultury fizycznej, w tym publikacji wyników, zdjęć i sprawozdań z zawodów w prasie, na stronach internetowych i w informatorach branżowych.

Data i czytelny podpis

Informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych będzie Polski Związek Pływacki z siedzibą ul. Człstkowska 18, 01-687 Warszawa. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia zawodów sportowych. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek Pani/Pana

zarejestrowany podczas realizacji: zawodów Zimowych Mistrzostw Polski w Pływaniu , Gliwice 14-16.11.2025 r. w mediach: internecie, prasie, telewizji. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mój wizerunek będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i potrzeb funkcjonowania Polskiego Związku Pływackiego Oświadczenie moje ważne jest podczas Zimowych Mistrzostw Polski w Pływaniu , Gliwice 14-16.11.2025 r.

Podpis uczestnika



Ministerstwo
Sportu i Turystyki

