
NR STARTOWY UCZESTNIKA

Załącznik nr 3

Szczecin, dnia

Zgoda na odebranie pakietu startowego przez osobę trzecią*

Dane zawodnika:

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

Wyrażam zgodę na odebranie pakietu startowego przez:

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer i seria dowodu osobistego:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że dane osobowe podane w zgłoszeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz akceptuję Regulamin wybranego biegu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszej zgodzie w celu odebrania pakietu startowego dla Uczestnika przez osobę trzecią. Zostałem poinformowany przez Administratora Danych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) –zwanego RODO oraz Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r., poz. 1000), którym jest Fundacja Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych, al. Powstańców Wlkp. 66/68, 70-111 Szczecin, że dane zawarte w niniejszym pełnomocnictwie będą przetwarzane wyłącznie w celu identyfikacji Uczestnika i osoby odbierającej pakiet startowy i po zakończeniu V BIEGU DLA HOSPICIUM zostaną usunięte w sposób trwały z zasobów Administratora.

Przyjmuję do wiadomości, że podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do odebrania pakietu startowego Uczestnika przez osobę trzecią.

.....
data i czytelny podpis zawodnika

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej pakiet startowy

*Zawodnik zobowiązany jest do wypełnienia Załącznika nr 2 i przekazania go Organizatorowi podczas odbioru pakietu startowego przez osobę trzecią.