

Imię i nazwisko:

OŚWIADCZENIE

1. Dobrowolnie i świadomie przystępuję do udziału w programie Expo Zdrowie. Zastosowanie się do zasad przedstawianych w programie będzie również moim dobrowolnym wyborem i uczynię to na swoją własną odpowiedzialność.
2. Wyrażam zgodę umożliwiającą organizatorowi wystawy Expo Zdrowie udostępnienie Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu i służbom porządkowym danych osobowych w razie zagrożenia epidemiologicznego.
3. Korzystając z wystawy mam świadomość obowiązku samodzielnego bycia wyposażonym w materiały ochrony osobistej.
4. Według swojej najlepszej wiedzy, nie jestem osobą zakażoną oraz nie przebywam na kwarantannie lub pod nadzorem epidemiologicznym.

Miejscowość i data: **Podpis:**

PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA TESTU WYSIŁKOWEGO

Test harwardzki mierzy wydolność serca na poziomie umiarkowanego wysiłku fizycznego oraz powrót pulsu do stanu równowagi po chwili odpoczynku. Pewne uwarunkowania zdrowotne mogą być zagrożeniem do wykonania testu, a nawet mogą zwiększyć ryzyko powstania poważnych problemów zdrowotnych, takich jak zaburzenia sercowo-naczyniowe, wylew czy zawał serca. Według mojej wiedzy, nie cierpię ani nigdy nie cierpiałem/-am na żadną z poniższych dolegliwości:

- choroba wieńcowa
- zawał serca
- arytmia serca (nieregularny rytm pracy serca)
- niewydolność serca
- wylew krwi do mózgu
- astma
- ataki epilepsji wywołane ćwiczeniami

Ponadto oświadczam, że nie mam wszczepionego rozrusznika serca i nie biorę żadnych leków na serce, ani na nadciśnienie. Nie cierpię na żadne dolegliwości, które mogą się pogłębić czy spowodować ryzyko komplikacji zdrowotnych w wyniku wzięcia udziału w ww. teście. Podejmuję się wykonania testu dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

Miejscowość i data: **Podpis:**

FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

TAK, wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej (tj. m. in. oferty marketingowej i newslettera), wysyłanej za pomocą środków komunikacji elektronicznej przez Fundację Źródła Życia, zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r.

TAK, wyrażam zgodę na używanie, zgodnie z art. 172 ustawy Prawo telekomunikacyjne z dnia 16 lipca 2004 r. telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. telefon, e-mail) oraz

automatycznych systemów wywołujących (np. automatycznie rozsyłające się wiadomości sms bądź e-mail) przez Fundację Źródła Życia, w celu prowadzenia marketingu bezpośredniego dotyczącego produktów i usług.

Miejscowość i data: **Podpis:**

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA UCZESTNIKÓW WYSTAWY EXPO ZDROWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku (dalej: „RODO”) informujemy, iż Administratorem Danych osobowych jest Fundacja Źródła Życia, ul. Źródlana 1, 96-320 Budy Zaslona, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 45503, NIP: 5840901593, REGON: 190568718, adres poczty elektronicznej: biuro@fzz.pl, numer telefonu: +46 857 13 54.

Cel i podstawy prawne przetwarzania: Twoje dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia działań marketingowych z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Działania te ze względu na inne obowiązujące przepisy, w szczególności ustawę prawo telekomunikacyjne i ustawę o świadczeniu usług drogą elektroniczną, prowadzone są na podstawie posiadanych zgód.

Odbiorcy danych:

Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być:

- dostawcy usług informatycznych i telekomunikacyjnych
- podmioty wspierające nasze działania marketingowe

Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Okres przetwarzania danych:

Będziemy przetwarzać Twoje dane osobowe do czasu wycofania zgody, a po tym fakcie do czasu upływu terminów roszczeń, co do zasady 3 lata lub do momentu zakończenia postępowań sądowych i egzekucyjnych. Twoje dane przetwarzane w celu przesyłania Ci informacji handlowych drogą mailową lub telefoniczną (połączenia przychodzące, SMS, MMS) będziemy przechowywać aż do momentu cofnięcia przez Ciebie zgody.

Masz prawo do dostępu do Twoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, sprzeciwu wobec ich przetwarzania w tym sprzeciwu wobec przetwarzania w celach marketingowych a także ich przeniesienia. W celu realizacji wyżej wymienionych praw, skontaktuj się z nami za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem e-mail: biuro@fzz.pl. Jeżeli masz wątpliwości co do przetwarzania danych osobowych, przysługuje Ci prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Niniejszym, po zapoznaniu się z powyższą informacją (RODO) wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przetwarzania moich danych osobowych (identyfikacyjnych i informacji o stanie zdrowia) przez Administratora – Fundację Źródła Życia.

Miejscowość i data: **Podpis:**