



STOWARZYSZENIE
„BITWA POD KOMAROWEM”
22-435 KOMARÓW - OSADA
Ul. Rynek 15
Tel.: 601.385.430
E-Mail: darch15@wp.pl
www: bitwapodkomarowem.pl

KOMAROWSKA POTRZEBA 2019

99 ROCZNICA BITWY POD KOMAROWEM

KARTA ZGŁOSZENIOWA INDYWIDUALNA

Dane osobowe :

Nazwisko imię, PESEL,

Dokument tożsamościseria/nr,

Adres zamieszkania,

Dane o oddziale :

Funkcja/stopień w oddziale,

Oddział (nazwa).....,

Dowódca Oddziału,

Dane konia

Imię, wiek, płeć, nr paszportu,

1. Niniejszy dokument będzie stanowił listę osób objętych ubezpieczeniem NW po podpisaniu jej przez uczestnika po przybyciu na imprezę. Nie zapewniamy ubezpieczenia koni.
2. Niniejszy dokument jest zgodą na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku i na nieodpłatne utrwalenie wizerunku podpisanego, w formie fotografii, materiału filmowego w ramach Komarowskiej Potrzeby 2019, oraz innych materiałów promujących wydarzenie historyczne polskiej kawalerii jak też działalności Stowarzyszenia „Bitwa pod Komarowem”. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie i powielanie wykonywanych materiałów, filmów, zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium w dowolnym celu zgodnym z obowiązującym prawem, włączając w to publikację w gazetach, czasopiśmie okresowych, czasopiśmie okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, wystawach, konkursach, filmach, materiałach dokumentalnych etc. Jednocześnie podpisujący zrzeka się praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii z jego wizerunkiem.
3. Niniejszy dokument jest oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji 99 Rocznic Bitwy Pod Komarowem-Komarowska Potrzeba 2019 zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.)
4. Podpis na niniejszym zgłoszeniu jest potwierdzeniem zapoznania się regulaminem 99 Rocznic Bitwy Pod Komarowem-Komarowska Potrzeba 2019 oraz planu filmowego jak też wyrażeniem zgody na podporządkowanie się jego zapisom.

Zapoznałem się i wyrażam zgodę

Data/podpis