



INSTYTUT DENDROLOGII  
POLSKIEJ AKADEMII NAUK

Miejscowość, data .....

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA\*

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb przeprowadzenia seminarium.
2. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego w postaci fotografii w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z realizacją i przebiegiem seminarium.

.....  
Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki  
imię i nazwisko

\* wyrażenie zgody jest obowiązkowe

