WZÓR Zgoda Darczyńcy na przetwarzanie danych osobowych

Imię i nazwisko Świnoujście dnia ………………….

adres zamieszkania

 Dyrektor

 Muzeum Rybołówstwa Morskiego

 Plac Rybaka 1

72-600 Świnoujście

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Muzeum Rybołówstwa Morskiego z siedzibą 72-600 Świnoujściu Plac Rybaka 1 .

Zgoda dotyczy przetwarzania danych : *imię i nazwisko , adres zamieszkania*

zawartych w oświadczeniu o przekazaniu darów

 w celu :

1. umieszczenia mojego imienia i nazwiska na wystawie tych darów

 w Muzeum **– *wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody 1***

1. w celach informacyjnych o darowiznach muzealiów w środkach przekazu –

***wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** *1*

1/ odpowiednie skreslić