

.....  
Imię i nazwisko

Szczecin, ..... r.  
Miejscowość, data

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH  
I PUBLIKACJĘ WIZERUNKU**

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie:

- wizerunku (zdjęcia)
- przebiegu kariery
- zespołów badawczych
- osiągnięć naukowych
- nagród i wyróżnień
- specjalności
- członkostwa w organizacjach i funkcji
- stanowiska redaktor naczelny
- osobistej strony www
- profili na portalach społecznościowych
- informacji w zakładce „o mnie”

przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin - jako administratora danych osobowych zwanego dalej **ADO** - w celu upowszechnienie dorobku naukowego pracowników, doktorantów i studentów PUM poprzez publikowanie powyższych danych na Polskiej Platformie Medycznej.

W każdej chwili przysługuje Tobie prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

\_\_\_\_\_  
podpis