**Hozzájáruló nyilatkozat**

Alulírott, ............................................................ (kérjük a pontozott vonalra nyomtatottan írja oda nevét), a GBS/CIDP Betegekért Magyarország Alapítványnak (2000 Szentendre Károly utca 6. IV. emelet 14.) a honlapon közzétett Adatkezelési tájékoztatóját elolvastam és az abban foglaltakat megértettem és elfogadom.

A betegségemmel\*/gyermekem\* betegségével kapcsolatos eseményeket, információkat meg kívánom osztani a honlapra látogatókkal annak érdekében, hogy mások is mindezeket megismerhessék a „Sorstársak-sikertörtrénetek” menüpont alatt.

Minden, a személyemmel és betegségemmel kapcsolatos tényt, adatot, információt (együttesen: ”adatot”) önkéntesen, bármely befolyástól mentesen adtam át az Alapítvány részére a nyilvánossággal közlés céljából.

Jelen nyilatkozatom aláírásával **önkéntes hozzájárulásomat adom** ahhoz, hogy az általam átadott adatok az Alapítvány honlapján a „Sorstársak-sikertörtrénetek” menü pont alatt az alábbiak szerint közzétételre kerüljön:

* teljes névvel, fényképpel\*
* keresztnévvel, fényképpel\*
* keresztnévvel fénykép nélkül\*
* monogrammal, fénykép nélkül\*

**(Kérjük húzza alá a \*- al jelöltek közül az Ön által választott megjelenítési módot.)**

Ismert előttem, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom és kérhetem az adataim törlését az Adatkezelési Tájékoztató 9.5. pontjában foglaltak alapján.

Kelt: ……………................; ...........év ............hó ...........nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ Aláírás

e-mail cím:

**Előttünk, mint tanúk előtt:**

Tanú1 Tanú2

neve: neve:

lakcíme: lakcíme:

aláírása aláírás

**A fenti nyilatkozatot kérjük postai úton küldje meg az Alapítvány címére, vagy kitöltve és aláírva PDF formátumban az info@gbs-cidp.hu e-mail címre.**