Załącznik Nr 1

Formularz
„Metamorfozy – Schudnij razem z nami”

Imię i nazwisko

_____

Wiek

_____

Wzrost

_____

Waga

_____

Tel.:

_____

E-mail:

_____

Dlaczego chce Pan/i wziąć udział w Metamorfozie?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Wyrażam zgodę i upoważniam Organizatora do przetwarzania moich danych osobowych w zbiorze danych osobowych i poza tym zbiorem dla celów organizacji Castingu i/lub Programu „Metamorfozy – Zrób to dla siebie”, wyłonienia laureatów w/w Programu oraz realizacji w/w Programu, w tym na publikację tych danych na portalu legnica.naszemiasto.pl, w „Gazecie Wrocławskiej", „Panoramie Legnickiej" i portalu Facebook oraz innych gazetach, stronach internetowych oraz radiu i telewizji w związku z realizacją w/w Programu.

Wyrażam zgodę i upoważniam Organizatora do nieodpłatnego utrwalania i rozpowszechniania swojego wizerunku i jego elementów na łamach portalu legnica.naszemiasto.pl i w „Gazecie Wrocławskiej", „Panoramie Legnickiej" oraz na stronach internetowych Organizatorów oraz innych gazet, stronach internetowych oraz radiu i telewizji w celu udokumentowania realizacji Programu.

Oświadczam, iż zapoznałam się z Regulaminem Programu „Metamorfozy – Zrób to dla siebie” i wyrażam zgodę na jego treść.

Miejscowość, data **Czytelny podpis**

Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem świadom przeciwwskazań do stosowania suplementacji diety niezbędnej do podjęcia kuracji,

Oświadczam również iż nie choruję na następujące schorzenia:

- cukrzyca stopnia I
- choroby tarczycy
- zakrzepica żylna
- wrzody, zespół jelita drażliwego
- choroby nerek (kamica nerkowa, niewydolność– nerek)
- choroby nowotworowe oraz nowotworowe złośliwe przebyte lub w trakcie kuracji
- celiakia

Oświadczam iż nie jestem w ciąży oraz nie karmię piersią (dot. kobiet)

_____

_____

Miejscowość, data **Czytelny podpis**