



## OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO ZADANIA

o wyrażeniu zgody na upublicznianie wizerunku

Wyrażam\*  Nie wyrażam\* zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie ul. Szymanowskiego 4, 62-510 Konin w całości i fragmentach, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.) na cele projektu: *Warsztaty kulturalne. Twórcza i turystyczna aktywność osób niepełnosprawnych.*

.....  
(imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego zadania)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres beneficjenta ostatecznego zadania: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....  
data i podpis beneficjenta ostatecznego zadania

*\*właściwie zakreślić krzyżykiem X*