

### Załącznik nr 3

#### Zgoda na wykorzystanie wizerunku

Ja, niżej podpisana/-y, niniejszym udzielam Naukowej Fundacji Polpharmy z siedzibą w Warszawie („Fundacja”) nieodwołalnego, nieograniczonego w czasie i nieodpłatnego prawa do wykorzystywania zdjęć/filmów z moim wizerunkiem wykonanych w związku z organizowanym przez Fundację programem „Medical School of Your Future” („Program”) w celu promocji Programu, w tym w celu informowania o przebiegu Programu i jego uczestnikach.

Niniejsza zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć/filmów za pośrednictwem dowolnego medium w celach promocyjnych, w szczególności w celu publikacji wykonanych zdjęć/filmów w gazetach, kalendarzach, czasopismach, folderach informacyjnych i reklamowych, publikacjach elektronicznych i stronach www. Dodatkowo, zrzekam się wszelkich praw związanych z kontrolą i zatwierdzeniem każdorazowego wykorzystania wykonanych zdjęć/filmów z moim wizerunkiem, także w przypadku wykorzystywania ich w celu łączenia z innymi obrazami za pośrednictwem technik cyfrowych.

Jednocześnie oświadczam, że przeniesienie niniejszego zezwolenia na osobę trzecią nie wymaga mojej uprzedniej zgody.

---

data i czytelny podpis