



## PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA WŁOSÓW

W dniu..... Pan/Pani.....  
zamieszkały/a.....

..... w ramach akcji „Podziel się dzieciństwem” przekazał/a włosy Klinice Włosów Hair LAB z siedzibą w Warszawie przy ul. Rzymowskiego 31, NIP 7321198908 w celu wykonania uzupełnień dla podopiecznych Fundacji Herosi.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Hair-Lab Klinika Włosów Izabela Szymczak moich danych osobowych w postaci danych personalnych, adresu zamieszkania oraz wizerunku w celu przekazania włosów.**

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany, że:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Hair – Lab Klinika Włosów Izabela Szymczak
- 2) Inspektorem Ochrony Danych jest Konrad Szymczak
- 3) Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu przekazania i wykorzystania włosów w ramach akcji „Podziel się dzieciństwem”.
- 4) Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 1 roku chyba że inny termin będzie wynikał z obowiązujących przepisów prawa.
- 5) Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (w formie pisemnej lub za pośrednictwem poczty email: [klinika@hairlab.pl](mailto:klinika@hairlab.pl) ) bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
- 6) Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uznaję, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r..
- 7) Moje dane osobowe nie będą profilowane i nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Data i podpis osoby przekazującej

Data i podpis osoby odbierającej

.....

.....

partner strategiczny



Prestiżowa grupa salonów współpracujących z marką

**L'ORÉAL**  
PROFESSIONNEL  
PARIS

organizator

**Hair LAB**  
**klinika włosów**

CENTRUM POMOCY WŁOSOM