

## Formularz zgłoszeniowy do konkursu „Medycyna w trosce o dobro człowieka”

Formularz wypełnia Uczestnik, który ukończył 18 lat

(Podanie danych osobowych w formularzu zgłoszeniowym jest dobrowolne, ale ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w Konkursie)

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Pełna nazwa szkoły</b>	
<b>Klasa</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>Adres email</b>	
<b>Tytuł pracy Konkursowej</b>	

Oświadczam, że:

- 1)jestem autorką/em pracy konkursowej,
- 2)zapoznałam/em się z Regulaminem Konkursu i akceptuję jego warunki w całości,
- 3) jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej

.....  
(Data i czytelny podpis Uczestnika Konkursu)

Potwierdzam zapoznanie z Regulaminem Konkursu „Medycyna w trosce o dobro człowieka” oraz zasadami przetwarzania danych osobowych określonymi w Regulaminie Konkursu.

..... (data i czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w formularzu w celu udziału w Konkursie

„Medycyna w trosce o dobro człowieka”. Posiadam wiedzę, że wyrażenie niniejszej zgody i wysłanie formularza zgłoszeniowego jest dobrowolne, jednak konieczne do zakwalifikowania do udziału w Konkursie „Medycyna w trosce o dobro człowieka”

Mam prawo odwołania udzielonej zgody w dowolnym momencie, przy czym nie będzie to miało wpływu na prawidłowość przetwarzania danych do czasu odwołania zgody.

..... (data i czytelny podpis)