

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

Formularz wypełnia Rodzic lub Opiekun prawny Uczestnika,

który nie ukończył 18 lat

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

Imię i nazwisko Uczestnika	
Pełna nazwa szkoły	
Klasa	
Tytuł pracy Konkursowej	
Dane Rodzica lub Opiekuna prawnego	
Imię i nazwisko	
Tel. kontaktowy	
Adres email	

Oświadczam, że:

- 1) zgadzam się na udział Uczestnika, którego jestem Rodzicem/Opiekunem prawnym w Konkursie
- 2) w imieniu własnym oraz Uczestnika oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią zawartą w Regulaminie Konkursu i akceptuję jego warunki w całości,
- 3) Uczestnik jest uczniem szkoły ponadpodstawowej,
- 4) Uczestnik jest autorem pracy konkursowej,

.....

(Data i czytelny podpis Rodzica lub Opiekuna prawnego)

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

..... (data i czytelny podpis Rodzica lub Opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie 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 Rodzica lub Opiekuna prawnego)