



KARTA ZGŁOSZENIA

KONKURS PLASTYCZNY „MOJE WYOBRAŻENIE O PRACY W SZPITALU”

Imię i nazwisko dziecka (autora pracy):

.....
(proszę wpisać czytelnie, drukowanymi literami)

Wiek dziecka:

Imię i nazwisko opiekuna dziecka:

.....
(proszę wpisać czytelnie, drukowanymi literami)

Numer telefonu kontaktowego opiekuna dziecka oraz adres e-mail:

.....

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w konkursie plastycznym „**Moje wyobrażenie o pracy w szpitalu**” organizowanym przez Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Rakowska 15, 97 – 300 Piotrków Trybunalski.

Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z Regulaminem konkursu i akceptuję jego zapisy. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka w celach wynikających z Regulaminu Konkursu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych.

Miejscowość i data

Czytelny podpis opiekuna dziecka