**KARTA ZGŁOSZENIA**

**KONKURS PLASTYCZNY „JA W SŁUŻBACH RATOWNICZYCH”**

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 **„Ja w służbach ratowniczych”** 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 …………………………………………………………………………………………