

KARTA ZGŁOSZENIA

konkurs plastyczny „SZPITAL PRZYSZŁOŚCI”

Imię i nazwisko autora pracy:

WIEK:

Imię i nazwisko opiekuna:

Numer telefonu kontaktowego do opiekuna:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w Konkursie Plastycznym „SZPITAL PRZYSZŁOŚCI” organizowanym przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka/podopiecznego w celach wynikających z regulaminu Konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018, poz. 1000 z późn. zm.)

Data: _____

Podpis opiekuna