

Formularz ZGŁOSZENIA do Konkurs na opracowanie projektu graficznego logo Samodzielnego  
Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łysomicach

DANE OSOBOWE

Imię .....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu do kontaktu.....

Adres mailowy do kontaktu.....

Wyrażam zgodę na udział w Konkursie na opracowanie projektu graficznego logo Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łysomicach, równoznacznie akceptuję postanowienia regulaminu powyższego Konkursu.

.....  
Data i Podpis

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Konkursu na logo Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łysomicach w celach wynikających z regulaminu tego Konkursu.

.....  
Data i Podpis