

ZAŁĄCZNIK 2.

KARTA ZGŁOSZENIOWA DLA LEKARZY:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres e-mail:

.....

3. Nazwa oddziału

.....

5. Nazwa szpitala/instytucji:

.....

6. Krótki opis pracy (max 300 znaków)

.....

.....

.....

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem Konkursu Plastycznego „Opowieści o doświadczeniu choroby”

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych dla celów związanych z przebiegiem konkursu na podstawie Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (Dz.U.U.E.L.2016.119.1).

.....

(data i podpis)

