

**Formularz zgłoszeniowy**  
**do VI Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego Lekarzy i Studentów Medycyny.**

**Formularz dla lekarzy.**

*Proszę wypełnić drukowanymi literami lub na komputerze.*

1. Godło: .....
2. Imię i nazwisko autora: .....
3. Adres autora: .....
4. Adres e-mail: .....
5. Telefon: .....
6. Nr prawa wykonywania zawodu: .....
7. Izba Lekarska: .....
8. Specjalizacja: .....
9. Tytuły nadsyłanych fotografii (zaznaczyć czy zdjęcie jest częścią cyklu):
  1. ....
  2. ....
  3. ....
  4. ....
  5. ....
  6. ....

Oświadczam, że nadesłane na konkurs fotografie wykonałem osobiście i jestem jedynym właścicielem praw autorskich do nich, jak też że prace te nie naruszają dóbr osobistych i materialnych osób trzecich oraz że posiadam zgodę przedstawionych na fotografiach osób na publikację ich wizerunku.

Udzielam prawa do nieodpłatnego wykorzystania fotografii na materiałach promujących konkurs i publikację na stronie internetowej organizatora.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Lubelską Izbę Lekarską z siedzibą w Lublinie przy ul. Chmielnej 4, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz. U. Nr 133, poz. 883) w celu przeprowadzenia V Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego Lekarzy i Studentów Medycyny.

Data i podpis.....