

Formularz zgłoszeniowy

do V Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko – Literackiego „Lekarze Dzieciom”

Proszę wypełnić wszystkie pola drukowanymi literami lub na komputerze.

Godło:.....

Imię i nazwisko autora:

Adres autora:

Adres e-mail:

Telefon:

Nr prawa wykonywania zawodu:

Izba Lekarska:

Specjalizacja:

Tytuły nadsyłanych prac - poezja:

1.

2.

1.

Tytuły nadsyłanych prac - proza:

1.

2.

3.

1. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Lubelską Izbę Lekarską z siedzibą w Lublinie przy ul. Chmielnej 4 w celu przeprowadzenia V Ogólnopolskiego Konkursu Poetyckiego Lekarze Dzieciom.

2. Oświadczam, że nadesłane na konkurs utwory napisałem/-am osobiście i jestem jedynym właścicielem praw autorskich do nich, jak też że prace te nie naruszają dóbr osobistych i materialnych osób trzecich.

3. Udzielam prawa do nieodpłatnego wykorzystania utworów w materiałach promujących Konkurs Poetycki w tym wydawnictwach książkowych oraz na nośnikach elektronicznych i publikację w biuletynie LIL oraz na stronie internetowej organizatora. W przypadku wygranej w Konkursie wyrażam zgodę na publikację mojego imienia i nazwiska oraz pracy na stronie <http://kultura.oil.lublin.pl>.

4. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią regulaminu konkursu, w tym z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

Data i czytelny podpis:

