

Formularz zgłoszeniowy
do X 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.

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 X Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego Lekarzy i Studentów Medycyny.
2. 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.
3. Udzielam prawa do nieodpłatnego wykorzystania fotografii na materiałach promujących konkurs i publikację na stronie internetowej organizatora. W przypadku wygranej lub wyróżnienia w Konkursie wyrażam zgodę na publikację mojego imienia i nazwiska oraz tytułu pracy na stronie <http://kultura.oil.lublin.pl> oraz na pokonkursowej wystawie prac.
4. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią regulaminu konkursu, w tym z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

Data i podpis.....