

**Formularz zgłoszeniowy**  
**do XV 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 XV 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.....