

**Formularz zgłoszeniowy do X 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. ....

3. ....

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 IX 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: .....