KARTA ZGŁOSZENIA na KONKURS „TETRIS CHALLENGE”

Data zgłoszenia zdjęcia:

Kierunek:

Autorzy:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z tekstem Regulaminu Konkursu i akceptuję jego treść. Oświadczam, że zgodnie ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926) wyrażam zgodę na przetwarzanie, wymienionych w Karcie Zgłoszeniowej, moich danych osobowych przez organizatora konkursu Medycznej Szkoły Policealnej.

.……………………….. …………………………………..

*miejscowość i data podpis uczestników konkursu*