

Karta zgłoszenia do konkursu „Naklejka Dzielnego Pacjenta”

1. Imię i nazwisko oraz wiek uczestnika konkursu:
2. Adres do korespondencji:
3. Telefon kontaktowy (rodzica / opiekuna prawnego):

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO* NA UDZIAŁ W KONKURSIE

Wyrażam zgodę na udział:

imię i nazwisko:

w Konkursie „Naklejka Dzielnego Pacjenta” organizowanym przez SPZ w Tuszynie.

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie pracy mojego dziecka przez Organizatora, w jego działalności.

Jednocześnie oświadczam, że rozumiem i w pełni akceptuję Regulamin konkursu.

.....
(data i miejscowość)

.....
(podpis rodzica /opiekuna prawnego)

* Niepotrzebne skreślić

