

ZGODA KANDYDATA NA UDZIAŁ W KONKURSIE „Mr. Disabled”

.....
imię i nazwisko kandydata

Niniejszym wyrażam zgodę na udział w Konkursie „Mr. Disabled”

Oświadczam, że znany jest mi Regulamin Konkursu „Mr. Disabled” oraz że akceptuję jego postanowienia.

Wyrażam zgodę:

na przetwarzanie moich danych osobowych i upublicznianie informacji o mnie zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym oraz na upublicznienie mojego wizerunku i innych informacji o mnie w celu realizacji Konkursu „Mr. Disabled”

Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu polskiego prawa.

.....
data

.....
podpis kandydata lub pełnomocnika

Kontakt z organizatorem:

Dyrektor Konkursu - Ewa Sprus tel. 508 369 575

e-mail: Skarabeusz_OS@onet.pl