**Formularz zgłoszeniowy**

**do Konkursu Fotograficznego**

*Proszę wypełnić drukowanymi literami lub na komputerze.*

1. Imię i nazwisko autora: ………………………………..
2. Adres e-mail: …………………………….
3. Telefon: ……………………………..
4. Tytuły nadsyłanych fotografii:
	1. ………………………………
	2. ………………………………
	3. ………………………………
	4. ………………………………
	5. ………………………………
	6. ………………………………
5. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) wyrażam zgodę̨ na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny z w celu przeprowadzenia Konkursu Fotograficznego Wydziału Farmaceutycznego.
6. Oświadczam, że nadesłane na konkurs fotografie wykonałem/am osobiście i jestem jedynym właścicielem praw autorskich do nich, jak też, że prace te nie naruszają̨ dóbr osobistych i materialnych osób trzecich oraz, że posiadam zgodę̨ przedstawionych na fotografiach osób na publikację ich wizerunku.
7. Udzielam prawa do nieodpłatnego wykorzystania fotografii na materiałach promujących konkurs i publikację na stronie internetowej organizatora. W przypadku wygranej lub wyróżnienia w Konkursie wyrażam zgodę̨ na publikację mojego imienia i nazwiska oraz tytułu pracy na stronie internetowe Wydziału oraz na pokonkursowej wystawie prac.
8. Oświadczam, że zapoznałem/-am się̨ z treścią̨ regulaminu konkursu, w tym z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

Data i podpis……………………………..