

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ W KONKURSIE

Wyrażam zgodę na udział:

imię i nazwisko: (dalej: Uczestnik konkursu lub Dziecko)

w Konkursie Plastycznym „Zdrowie widziane oczami pacjenta” organizowanym przez SP ZOZ w Bychawie.

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

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

.....

Data, podpis rodzica/opiekuna prawnego