



Mistrzostwa Pamięci Seniorów
21 czerwca, godz. 11:00
Siedziba Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem
Oddział Wojewódzki w Szczecinie

Formularz zgłoszeniowy uczestnika Mistrzostw Pamięci Seniorów

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres e-mail / nr telefonu:

Nazwa organizacji / placówki (jeśli dotyczy):

OŚWIADCZENIA

☐ Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z regulaminem Mistrzostw Pamięci Seniorów i akceptuję jego postanowienia.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu organizacji i przeprowadzenia Mistrzostw Pamięci Seniorów, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

☐ Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku (zdjęcia, nagrania) w materiałach promocyjnych, informacyjnych i medialnych dotyczących wydarzenia.

.....

Podpis uczestnika

(data i miejscowość)