



**Kupon Konkursowy (wzór)**  
**Konkurs: Szpital w Unii Europejskiej oczami małego pacjenta**

**UCZESTNIK:**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

**PRACA PLASTYCZNA:**

Tytuł pracy:

Technika wykonania:

**OPIEKUN PRAWNY UCZESTNIKA:**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania):

Telefon kontaktowy i/lub adres e-mail:

**OŚWIADCZENIA OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA:**

1. Oświadczam, że zgłaszany przeze mnie uczestnik w okresie trwania konkursu był pacjentem (co najmniej 1 dzień) w szpitalu realizującym projekt finansowany w ramach Priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.
2. Oświadczam, że załączona praca została wykonana przez zgłaszanego przeze mnie uczestnika samodzielnie i jest on jej jedynym autorem.
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem konkursu i wyrażam zgodę na udział w konkursie zgodnie z określonymi w nim warunkami.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia moich danych osobowych oraz danych osobowych zgłaszanego przeze mnie uczestnika, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).
5. Wyrażam zgodę na nieodpłatne przeniesienie majątkowych praw autorskich do nadesłanej pracy, w zakresie określonym w Regulaminie konkursu.

---

Data i podpis opiekuna prawnego uczestnika