

## OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko:.....

Wiek:.....

Adres zamieszkania:.....

Nazwa i adres uczelni/szkoły/koła plastycznego: .....

Rok studiów/klasa/grupa plastyczna: .....

kod:.....miejsowość .....

ulica: ..... nr domu: .....

tel. praca:..... tel. dom:..... tel. komórkowy:.....

fax.:..... e-mail:.....

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu Konkursu **na HASŁO kampanii w ramach projektu H-CUBE** i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.
2. Akceptuję wszystkie postanowienia regulaminu konkursu organizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS **HASŁO kampanii w ramach projektu H-CUBE**.
3. Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie mojego hasła przez Organizatora konkursu w celach promocyjno – profilaktycznych w kraju i za granicą, na zasadach określonych i wynikających z Regulaminu Konkursu **HASŁO kampanii w ramach projektu H-CUBE**.
4. Niniejsza zgoda obejmuje następujące pola eksploatacji: prasę, radio, telewizję, internet, wszelkie materiały drukowane (w tym billboardy), konferencje, targi i inne imprezy specjalne, skierowane do społeczeństwa. Upoważnienie do korzystania z hasła na wszystkich wyżej wymienionych polach eksploatacji następuje nieodpłatnie i bez ograniczeń czasowych.
5. Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Organizatora w celach organizowanego konkursu, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.

.....

*czytelny podpis uczestnika konkursu  
i/lub opiekuna prawnego uczestnika konkursu*

*HASŁO kampanii w ramach projektu H-CUBE  
propozycje na KONKURS*

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....