

23. Przegląd Twórczości Artystycznej Seniorów

KARTA ZGŁOSZENIA (wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko / nazwa zespołu:

telefon*: mail*:

powiat: gmina:

KATEGORIA i podkategorie (odpowiednie zaznaczyć)

- chór
 zespół
 duet
- solista wokalista
 solista instrumentalista
- recytator
- prezentacja własnego tekstu
- krótka forma teatralna
 krótka forma kabaretowa

Imię i nazwisko instruktora*:

Imię i nazwisko kierownika zespołu*:

Repertuar (tytuł, autor)

1)

2)

DANE REPREZENTOWANEJ PLACÓWKI*

nazwa:

adres:

telefon, mail:

*jeśli dotyczy

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika



23. Przegląd Twórczości Artystycznej Seniorów

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/-a:
(imię i nazwisko)

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu wydarzenia pn. 23. Wojewódzki Jesienny Przegląd Twórczości Artystycznej Seniorów, w tym z informacją dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych oraz akceptuję ich postanowienia.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatora Przeglądu moich danych osobowych w celach związanych z udziałem wydarzenia pn. 23. Wojewódzki Jesienny Przegląd Twórczości Artystycznej Seniorów zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO).
3. Wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Organizatora Przeglądu na potrzeby organizacji, dokumentacji, transmisji w mediach społecznościowych i promocji wydarzenia na stronach internetowych oraz w publikacjach dotyczących Przeglądu na stronach Organizatora.
4. Niniejsza zgoda nie jest ograniczona czasowo ani terytorialnie, ale może być w dowolnym momencie cofnięta, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody można przesłać na adres e-mail: iod@csklublin.pl

Złożeniem podpisu akceptuję ustalenia zawarte w punktach 1-4.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika