

Załącznik 1.

Formularz zgłoszenia udziału w konkursie na najlepszą pracę doktorską dotyczącą mukowiscydozy organizowany przez Polskie Towarzystwo Mukowiscydozy

1. Nazwisko i imię autora:

.....
.....

2. Adres i miejsce zamieszkania autora:

.....
.....

Tel.

e-mail:

3. Miejsce zatrudnienia/nauki autora/ki pracy:

.....
.....
.....

4. Tytuł pracy:

.....
.....
.....
.....

5. Termin i miejsce obrony pracy doktorskiej:

.....

.....
Data

.....
Podpis zgłaszającego

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA KONKURSU

Oświadczam, że jestem autorem pracy doktorskiej zgłoszonej do konkursu Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy na najlepszą pracę dotyczącą mukowiscydozy.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do realizacji konkursu (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

.....
(data i podpis)