

## Załącznik 2

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

1. Nazwisko i imię autora lub autorów: .....

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

2. Adres i miejsce zamieszkania pierwszego współautora: .....

.....  
.....

Tel. ....

e-mail: .....

3. Miejsce zatrudnienia/nauki autora/ki pracy: .....

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

4. Tytuł pracy: .....

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

.....

Data

.....

Podpis zgłaszającego

## **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA KONKURSU**

Oświadczam, że jestem głównym współautorem pracy oryginalnej 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)