

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO KONKURSU
NA LOGO DLA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO CENTRUM CHOROÓB PŁUC
(osoby fizyczne)

1. Dane uczestnika konkursu:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
Numer rachunku bankowego	

2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem niniejszego konkursu i akceptuję jego treść.

.....

Miejscowość, data, podpis