**FORMULARZ DOTYCZĄCY WYRAŻENIA ZGODY**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**☑ Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na:**

1. przetwarzanie przez Organizatora Konkursu – Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne Oddział Kraków, moich danych osobowych zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), o ile dane takie będą wykorzystywane w toku Wydziałowego Konkursu Prac Magisterskich Wydziału Farmaceutycznego UJ CM.

IMIĘ ……………………………………………….

NAZWISKO: ……………………………………

PESEL: ................................................

………..…………………………………….

(data i czytelny podpis)

**☑ Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na:**

2. udostępnianie moich danych osobowych wydawcom, partnerowi, patronom zainteresowanym współpracą z uczestnikami konkursu.

Tak □ Nie □\*

………..…………………………………….

(data i czytelny podpis)

**☑ Zapoznałem się i akceptuję REGULAMIN Wydziałowego Konkursu Prac Magisterskich 2023/2024.**

**☑ Oświadczam, iż dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą**

………..……………………………………

(data i czytelny podpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Proszę zaznaczyć właściwe pole