



Osoba zgłaszająca uczestnictwo w konkursie

Imię i nazwisko:				Wiek:	
Adres dla dalszej korespondencji:					
e-mail:			tel./fax:		
<input type="checkbox"/> STUDENT	* (jeżeli tak, proszę podać pełną nazwę uczelni, wydział i rok studiów; gdy projekt realizowany jest w ramach zajęć proszę podać imię i nazwisko promotora)				
<input type="checkbox"/> PROJEKTANT	<input type="checkbox"/> ARCHITEKT	* (jeżeli tak, proszę podać nazwę i adres miejsca pracy)			

Projektant / Zespół (prosimy podać dane dotyczące wszystkich współautorów – członków zespołu)

Imię i nazwisko	Adres	tel./fax:

Oświadczam, iż praca przedstawiona w konkursie jest mojego/naszego autorstwa
 Data _____ Podpis (autora lub lidera zespołu) _____

Biorę / bierzemy udział w konkursie w kategorii

 wzornictwo architektura

Dane identyfikujące wyrób

6-znakowe godło:	
------------------	--

Zwrot eksponatów

 odbiorę osobiście
 pokryję koszty przesyłki
 nie jestem zainteresowany zwrotem

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych oraz adresów elektronicznych oraz umieszczenie ich w bazie danych Agencji SOMA zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych

Data _____ Podpis _____

Podpisanie niniejszej karty jest równoznaczne z przyjęciem warunków zawartych w regulaminie konkursu

*właściwie proszę zakreślić X