**Бланк-заявка**

*В Оргкомитет Конкурса*

*От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ФИО (полностью) участника конкурса*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*место работы*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*должность*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*контактная информация
(телефон, E-mail)*

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В КОНКУРСЕ**

Прошу принять мою заявку для участия в конкурсе в номинацию (нужное подчеркнуть): «Идеальный гинеколог / Как найти своего гинеколога»; «Планирование семьи / Счастливое материнство»; «Профилактика и лечение расстройств женской репродуктивной системы»:

1. Название материала:

2. Название СМИ, опубликовавшего материал:

3. Дата выхода материала:

4. Город проживания, регион:

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

Настоящим выражаю свое согласие на то, что мои персональные данные будут обрабатываться Организатором и Партнером Конкурса в соответствии с требованиями законодательства РФ, в целях раскрытия информации об участниках и победителях Конкурса, в том числе путем опубликования на официальном сайте [www.w-health.ru](http://www.w-health.ru),  и гарантирую, что сведения, представленные на Конкурс, являются достоверными.

Настоящее Согласие действует в течение 3 (трех) лет с даты его подписания.

Я подтверждаю, что полностью ознакомлен(-а) с вышеупомянутым Согласием до его подписания и проинформирован (-а), что могу отозвать свое Согласие в любое время путем направления отзыва в письменной форме, направив отзыв ценным письмом с описью о вложении. Настоящее Согласие считается отозванным по истечении четырнадцати дней с даты получения Согласия.

Я согласен (-а) на обработку Оргкомитетом персональных данных в форме уничтожения, если по истечении 3 (трех) лет с даты подписания настоящего Согласия или ранее я не воспользуюсь правом отзыва. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/
 Подпись ФИО Дата

Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО расшифровать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_