**Formularz zgłoszeniowy**

**do Marszu Białymi Plamami**

**dostępu do diagnostyki raka szyjki macicy**

**Imię i Nazwisko …........................................................................................**

**Rok urodzenia …..........................................................................................**

**Adres zamieszkania ….................................................................................**

**Nr telefonu (ten należy posiadać ze sobą podczas marszu) ..................................................**

**Email …........................................................................................................**

**Imię, nazwisko i nr telefonu osoby, którą należy zawiadomić w razie wypadku ….................................................................................................**

**Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Regulamin Marszu Białymi Plamami dostępu do diagnostyki raka szyjki macicy. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatora, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych / tekst jednolity Dz. U. Z 2002r Nr 101, poz.926 z póź. zm. /**

**Data Czytelny podpis**

…**.............................. …................................................**