

KARTA UCZESTNIKA
KONKURSU ZNAKI PAMIĘCI O SYBIRAKACH
ORGANIZOWANEGO PRZEZ
MUZEUM NIEPODLEGŁOŚCI W WARSZAWIE
I
FUNDACJĘ POLONIA RESTITUTA

IMIĘ I NAZWISKO.....

KATEGORIA WIEKOWA.....

TELEFON, FAX, E-MAIL SZKOŁY.....

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA.....

OŚWIADCZAM, ŻE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE
MOICH DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ MUZEUM
NIEPODLEGŁOŚCI W WARSZAWIE AL. SOLIDARNOŚCI 62
00-240 WARSZAWA, ZGODNIE Z USTAWĄ Z DN. 29.08.1997
R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ. U. NR 133
POZYCJA 883).