### K A R T A Z G Ł O S Z E N I A - Konkurs

### Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi

Dane kandydata do konkursu:

**....................................................................................................................................**

(imię i nazwisko, tytuł, stanowisko kandydatki/kandydata do wyróżnienia)

**..........................................................................................................................................................**

(miejsce pracy)

**..........................................................................................................................................................**

(adres: pracy, prowadzonej działalności leczniczej)

**..........................................................................................................................................................**

(opcjonlane - telefon kontaktowy, adres e-mail)

Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego,   
al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, do celów przeprowadzenia konkursu Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi oraz promocji i ochrona zdrowia poprzez uhonorowanie lekarzy działających na rzecz zdrowiu mieszkańców Wielkopolski.

………………… …………………

## data / miejscowość podpis kandydata

Potwierdzam zapoznanie się z Regulaminem Konkurs Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi, do którego nie wnoszę uwag.

………………… …………………

## data / miejscowość podpis kandydata

Dane zgłaszającego:

Imię i nazwisko (reprezentanta podmiotu lub osoby fizycznej): ………………….......................................................................................................................................................

Nazwa instytucji: ........................................................................................................................................................

Adres ...........................................................................................................................................................................

Dane teleadresowe (opcjonalne dla osób fizycznych)………………………………………………………………

......................... ...........................................

## data / miejscowość pieczątka/podpis zgłaszającego

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego,   
al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, do celów przeprowadzenia konkursu Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi oraz promocji i ochrona zdrowia poprzez uhonorowanie lekarzy działających na rzecz zdrowia mieszkańców Wielkopolski.

………………… ………………………

## data / miejscowość podpis zgłaszającego

Potwierdzam zapoznanie się z Regulaminem Konkurs Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi, do którego nie wnoszę uwag.

………………… …………………

## data / miejscowość podpis zgłaszającego

**Wypełnioną Kartę Zgłoszenia prosimy przesłać pocztą elektroniczną na adres:   
(**[**zdrowie@umww.pl**](mailto:zdrowie@umww.pl)**) lub pocztą na adres: Departament Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61 – 714 Poznań –   
z dopiskiem Konkurs Wielkopolski Lekarz z Sercem**

### Konkurs

### Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi

### U Z A S A D N I E N I E ZGŁOSZENIA

***U W A G A !!!* Prosimy wypełnić załącznik wraz z uzasadnieniem zgłoszenia**

**(wskazanie szczególnych dokonań w działalności pozazawodowej/społecznej).**

…............................ ...........................................

data / miejscowość pieczątka / podpis zgłaszającego