

Arkusz Eliminacje eliminacyjny

do Mistrzostw Polski w Rummikub 2020

Nazwa eliminacji: ..............................................................................................................................................

Osoba wypełniająca formularz: .....................................................................................................................

Data eliminacji: ...................................................................................................................................................

Miasto: ..................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miejsce** | **Imię i nazwisko** | **E-mail (drukowane)** | **Telefon** | **Zgoda** | **Podpis** |
|  |  |  |  | Zgoda Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych umieszczonych w formularzu rejestracyjnym dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia finału Mistrzostw Polski w Rummikub 2020. (Zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz.U. z 2015r. poz.2135). |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Powyższy formularz jest tylko do waszej dyspozycji. Do organizatora proszę przesłać w wersji elektronicznej <https://forms.gle/VafhPZnDqTpMytLC6>