

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

TÍTULO DE LA FOTOGRAFÍA:

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA FOTOGRAFÍA, INDICANDO LA ENFERMEDAD QUE SE MUESTRA EN ELLA:

MI CANDIDATURA ESTÁ ASOCIADA A LA SIGUIENTE ENTIDAD DE PACIENTES*:

- Como autor/a de esta fotografía, declaro contar con autorización expresa de cuantas personas, lugares y marcas aparecen en ella, para su utilización, difusión y reproducción.
- Al presentar mi fotografía al Certamen, y si resultara ganadora, consiento la cesión de derechos de explotación de la misma a la Empresa Organizadora en exclusiva. La Empresa Organizadora podrá reproducir la fotografía por cualquier medio, exhibirla y difundirla tanto dentro como fuera de sus instalaciones, y utilizarla en distintos materiales corporativos, que podrán ser reproducidos y comunicados por cualquier medio, siempre mencionando mi autoría.
- Si mi fotografía no resultara ganadora, la Empresa Organizadora podrá utilizarla de forma no exclusiva para dar a conocer el concurso en medios de comunicación y redes sociales, así como para su exhibición en exposiciones relacionadas con el Certamen y con el carácter solidario de la iniciativa. Para cualquier uso diferente a estos fines, la Empresa Organizadora deberá contar con mi consentimiento previo y expreso. En todo caso deberá ser mencionada mi autoría.
- Declaro que he leído y acepto las bases legales del Certamen y la política de protección de datos que se contempla en las mismas.

*La entidad de pacientes designada como beneficiaria deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- (i) Estar constituida oficialmente como asociación, fundación o agrupación de estas y constar inscrita como tal en el Registro correspondiente. (ii) Carecer de ánimo de lucro. (iii) Que entre sus objetivos figure el trabajar a favor de los pacientes de distintas patologías y/o sus familiares. (iv) Estar domiciliada en territorio español. (v) Haber sido constituida antes del 1 de enero de 2020. (vi) Que sus socios o partícipes mayoritarios no sean entidades o mercantiles con ánimo de lucro. (vii) No haber resultado beneficiaria de premios de pasadas ediciones de este mismo certamen.

Fecha y firma:

Remite este formulario cumplimentado junto con tu fotografía a:

lamiradadelpaciente@cinfa.com