

LA MIRADA DEL PACIENTE

II Certamen Fotográfico CinfaSalud

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

TÍTULO DE LA FOTOGRAFÍA:

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA FOTOGRAFÍA (OPCIONAL):

MI CANDIDATURA ESTÁ ASOCIADA A LA SIGUIENTE ASOCIACIÓN 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 Asociación de Pacientes designada como beneficiaria deberá cumplir con los siguientes requisitos para poder recibir el premio: (i) Ser una entidad constituida oficialmente como tal y encontrarse inscrita en el Registro de Asociaciones que corresponda; (ii) Estar domiciliada en territorio Español; y (iii) tener por objeto la información y apoyo a pacientes y a sus familiares, el acceso del paciente a la asistencia, la divulgación de la enfermedad, o actividades relacionadas con éstas.*

Fecha y firma:

Remite este formulario cumplimentado junto con tu fotografía a:
lamiradadelpaciente@cinfa.com