

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
Ogólnopolskiego Konkursu Plastycznego
Sztuka Osób Niepełnosprawnych

Formularz prosimy wypełnić komputerowo i wydrukować, a następnie przesać z oryginalnymi podpisami wraz z pracą konkursową na właściwy adres Oddziału PFRON podany w ogłoszeniu o Konkursie.

PLACÓWKA

1. Nazwa placówki (pełna nazwa, bez skrótów)

2. Adres placówki

3. Telefon, e-mail, strona www

4. Numer konta bankowego placówki

5. Osoba zgłaszająca prace (imię i nazwisko, funkcja, telefon kontaktowy)

--

6. Oświadczenie placówki

Akceptuję Regulamin Ogólnopolskiego Konkursu Plastycznego dla uczestników warsztatów terapii zajęciowej, niepełnosprawnych uczestników środowiskowych domów samopomocy oraz niepełnosprawnych mieszkańców domów pomocy społecznej „SZTUKA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki zgłaszającej pracę do Konkursu

PRACE PLASTYCZNE

Lp.	Imię i nazwisko autora	Tytuł pracy	Kategoria
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

*w razie potrzeby dodać kolejne punkty

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osoby zgłaszającej prace

ZGODY AUTORÓW

- I. Oświadczam, że wyrażam zgodę na prezentację pracy na wystawach i ekspozycjach oraz na publikowanie i powielanie jej zdjęć i informacji o autorze w materiałach wydawanych przez PFRON i organizatorów ewentualnych wystaw oraz na witrynie internetowej PFRON i innych witrynach internetowych.
- II. Wyrażam zgodę na zamieszczenie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy al. Jana Pawła II numer 13 w Warszawie, kod pocztowy 00-828, mojego wizerunku utrwalonego podczas Gali regionalnej i Gali finałowej Ogólnopolskiego Konkursu Plastycznego Sztuka Osób Niepełnosprawnych, którego byłem/em uczestnikiem, na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych Funduszu, a także we wszelkich materiałach promocyjnych w celu ogłoszenia wyników oraz promocji Konkursu.
- III. Oświadczam, iż posiadam pełne autorskie prawa majątkowe do prac przesłanych w ramach Konkursu „SZTUKA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH” ogłoszonego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (zwanego dalej Organizatorem).

Oświadczam, że przesłane prace nie naruszają majątkowych i osobistych praw autorskich osób trzecich.

Jednocześnie wyrażam zgodę na nieodpłatne przekazanie Organizatorowi autorskich praw majątkowych do nadesłanych prac w zakresie:

- utrwalania i zwielokrotniania nadesłanej pracy;
- wytwarzania egzemplarzy pracy bez względu na technikę (np. techniką drukarską, cyfrową etc.), ilość i wielkość nakładu;
- w zakresie obrotu oryginałem albo egzemplarzami, na których pracę utrwalono, wystawiania, odtworzenia, reemitowania, publicznego udostępniania pracy w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i czasie przez siebie wybranym, rozpowszechniania w nieograniczonym nakładzie i zasięgu terytorialnym;
- wykorzystania pracy lub jego fragmentu do innego celu np. adaptowania do wydawnictwa książkowego, materiału promocyjnego, artykułu prasowego, Internetu;

Przeniesienie autorskich praw majątkowych do nadesłanej pracy powoduje przeniesienie na Organizatora własności nadesłanego egzemplarza tej pracy bez względu na formę w jakiej został dostarczony.

1. -
(miejscowość, data, imię i nazwisko autora) (podpis autora)
2. -
(miejscowość, data, imię i nazwisko autora) (podpis autora)
3. -
(miejscowość, data, imię i nazwisko autora) (podpis autora)
4. -
(miejscowość, data, imię i nazwisko autora) (podpis autora)
5. -
(miejscowość, data, imię i nazwisko autora) (podpis autora)

6. -
(miejsowość, data, imię i nazwisko autora) (podpis autora)

7. -
(miejsowość, data, imię i nazwisko autora) (podpis autora)

*w razie potrzeby dodać kolejne punkty

ZGODA TERAPEUTY/INSTRUKTORA/KIEROWNIKA PLACÓWKI TOWARZYSZĄCEGO AUTOROWI NA GALI

Wyrażam zgodę na zamieszczenie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy al. Jana Pawła II numer 13 w Warszawie, kod pocztowy 00-828, mojego wizerunku utrwalonego podczas Gali regionalnej i Gali finałowej Ogólnopolskiego Konkursu Plastycznego Sztuka Osób Niepełnosprawnych, w której uczestniczyłam/em, na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych Funduszu, a także we wszelkich materiałach promocyjnych w celu ogłoszenia wyników oraz promocji Konkursu.

1. -
(miejsowość, data, imię i nazwisko terapeuty/instruktora/kierownika placówki) (podpis)

2. -
(miejsowość, data, imię i nazwisko terapeuty/instruktora/kierownika placówki) (podpis)

3. -
(miejsowość, data, imię i nazwisko terapeuty/instruktora/kierownika placówki) (podpis)

*w razie potrzeby dodać kolejne punkty