

# LA MIRADA DEL PACIENTE

## Iº 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 tanto si resulta ganadora como si no, 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.
- 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**