

**FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN EL CONCURSO DE FOTOGRAFÍA
"PEDALEA"**

DATOS PERSONALES	
NOMBRE	
APELLIDOS	
DNI	
CORREO ELECTRÓNICO Imprescindible para envíos realizados por mail	
TELÉFONOS DE CONTACTO	
DATOS DE LAS FOTOGRAFÍAS	
FOTOGRAFÍA 1	
TÍTULO	
NÚMERO PARTICIPACIÓN	
FOTOGRAFÍA 2	
TÍTULO	
NÚMERO PARTICIPACIÓN	
FOTOGRAFÍA 3	
TÍTULO	
NÚMERO PARTICIPACIÓN	
VINCULACIÓN CON EL AREA HOSPITALARIA MACARENA (Marcar lo que corresponda)	<input type="radio"/> PROFESIONAL : CATEGORÍA_____ <input type="radio"/> CENTRO:_____ UNIDAD:_____ <input type="radio"/> FAMILIAR DE:_____ <input type="radio"/> ESTUDIANTE: NIVEL_____

CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN

- Rellenar formulario y entregar fotografías en un sobre, sin datos, en la Dirección de Enfermería.
- Si se envía por mail, entregar igualmente el formulario especificando especialmente el correo desde el que se envió.
- Presentar por duplicado.
- Se devolverá una copia sellada.
- Se asignará un número al formulario y al envío para identificar los trabajos.
- Cualquier aclaración: apalope@gmail.com