**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**I Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny FOTON**

**„Tu mieszkam - Polska”**

**Nazwa placówki:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…................................................................................................................................................................

…................................................................................................................................................................

**E-mail:** ........................................................................................................................................................

**Telefon:** .....................................................................................................................................................

**Adres korespondencyjny:**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Imię i nazwisko autora prac:**

1. ...............................................................................................................................................................

**Tytuły prac:**

1. ...............................................................................................................................................................

2. ...............................................................................................................................................................

**Tytuł reportażu:**

1. ...............................................................................................................................................................

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu **I Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego FOTON 2022 „Tu mieszkam – Polska”** i w pełni akceptuję jego postanowienia.

....................................................................................

**(data, podpis dyrektora placówki)**