*Załącznik Nr 1 do Regulaminu*

*Ogólnopolskich Zawodów Symulacji Medycznej „Sim Challenge 2017”*

**Formularz zgłoszeniowy**

**„Sim Challenge 2017”**

**Data:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko** | **Kierunek studiów** | **Rok studiów** | **e-mail** | **Telefon** |
| Kierownik zespołu: |  |  |  |  |  |
| Członek zespołu: |  |  |  |  |  |
| Członek zespołu: |  |  |  |  |  |
| Członek zespołu: |  |  |  |  |  |
| Członek zespołu: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tytuł naukowy** | **Imię i nazwisko** | **Specjalizacja medyczna** | **e-mail** | **Telefon** |
| Opiekun zespołu\*: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tytuł naukowy** | **Imię i nazwisko** | **Specjalizacja medyczna** | **e-mail** | **Telefon** |
| Sędzia 1: |  |  |  |  |  |
| Sędzia 2: |  |  |  |  |  |

Formularz zgłoszeniowy wraz ze zgodą na przetwarzanie wizerunku i danych osobowych (stanowiącą załącznik nr 2 do regulaminu Zawodów) podpisaną przez wszystkich członków zespołu, opiekuna zespołu oraz sędziów należy przesłać w formie elektronicznej do dnia 07.04.2017 r. na adres: biuro.cdism@sum.edu.pl.

Dodatkowo w przypadku sędziów niebędących pracownikami SUM, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć w wersji elektronicznej uzupełnione oświadczenie, które stanowi załącznik nr 3 do regulaminu Zawodów.

\*Opiekun zespołu może jednocześnie być sędzią podczas Zawodów. Opiekun zespołu nie może brać udziału w ocenianiu drużyny z własnej uczelni (karta oceny opiekuna drużyny nie jest brana pod uwagę w ocenie).