



FORMA DE REGISTRO CONCURSANTES

CONCURSO: *Pequeños Sueños Grandes Metas*

TIPO DE CONCURSANTE: ___ SED Paciente ___ *SED Cuidador/**SED Familiar Directo

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONCURSANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMAIL: _____

TELEFONO: _____ DIRECCION: _____

URBANIZACION: _____ CIUDAD/DISTRITO: _____ PAIS: _____

Si es menor de edad por favor ponga sus iniciales y llene la siguiente información: _____

Yo _____ (Nombre del REPRESENTANTE legal) legalmente a cargo del concursante autorizo a mi _____ (relación con el participante) participar del concurso.

Por favor ponga sus iniciales ya sea el CONCURSANTE o de ser el concursante menor de edad, ponga sus iniciales como su REPRESENTANTE:

_____ Soy miembro de SHED (realicé el registro gratuito de miembro en la página web).

_____ Adjunto la foto del participante y autorizo a SHED, a publicarla junto con el proyecto presentado para el concurso.

_____ Autorizo a SHED, a poner mi nombre junto con el proyecto presentado para el concurso.

_____ Autorizo a SHED, a publicar el proyecto presentado para el concurso, que será visto en las redes sociales.

_____ Autorizo a SHED, a publicar el proyecto presentado en el concurso, con fecha indefinida, que será usado en cualquier plataforma web que SHED tenga para difundir información de SED, así como podrá ser usado en artículos de merchandising (promoción) como polos, tazas etc.

_____ De ser el ganador me comprometo a presentar la información necesaria para recibir el premio, sea número de cuenta o información personal, de ser el caso de no presentar la información después de 30 días después de anunciar el ganador del concurso SHED asumirá que el premio fue donado a SHED.

Quedo en total acuerdo con las bases establecidas para el concurso y con mi firma quedo comprometido a presentar y a cumplir con las reglas del mismo.

FIRMA DEL CONCURSANTE O REPRESENTANTE: _____ FECHA: _____

Por favor imprimir, llenar este formulario y enviarlo a este correo SociedadHispanaEhlersDanlos@outlook.com.

*SED Cuidador – Persona que legalmente está a cargo de un paciente SED.

**SED Familiar Directo – Padres, padres, hermanos, hijos, abuelos o nietos que viven o han vivido con el paciente SED.