



Centre Hospitalier  
de Tourcoing

## ATTESTATION

### CONCOURS PHOTO CAMPAGNE OCTOBRE ROSE 2019 ORGANISÉ PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE TOURCOING OCTOBRE 2019

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**adresse mail :**

- ✓ atteste avoir lu le règlement intérieur du concours dans son intégralité et en accepter ses conditions.
- ✓ atteste avoir pris connaissance des articles 3, 11 et 12 (intitulés « Propriété intellectuelle », « Utilisation des données personnelles des participants » et « Droit d'auteur ») et donner mon accord et consentement aux conditions et exigences fixées

**Signature :**

à retourner signée au Centre Hospitalier de Tourcoing ([communication@ch-tourcoing](mailto:communication@ch-tourcoing)) avec la mention « concours photo Octobre Rose »