

## Dane Depozytariusza:

Imię i nazwisko.....

Numer telefonu.....

Adres e-mail.....

Adres: ulica/wieś.....

Kod pocztowy..... Miejscowość.....

1. Oświadczam, że zapoznałem/am\* się z regulaminem Wolborskiego Archiwum Cyfrowego.
2. Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę/y\* na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Wolborskiego Archiwum Cyfrowego (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

.....  
(imię i nazwisko Depozytariusza)