**ЗАЯВКА**

на участие в Областном профессиональном конкурсе

среди муниципальных библиотек и местных организаций ВОС Костромской области по обслуживанию лиц с ограниченными возможностями здоровья

и других маломобильных групп населения

|  |  |
| --- | --- |
| Организация, участвующая в Конкурсе (полное наименование в соответствии с учредительными документами) |  |
| Адрес (с почтовым индексом) |  |
| Контактные телефоны, факс, e-mail |  |
| Интернет-представительство (адрес сайта, соц.сети) |  |
| Ф.И.О. руководителя, Ф.И.О. автора конкурсной работы (место работы и занимаемая должность) |  |
| Номинация Конкурса |  |
| Краткая аннотация конкурсных материалов  |  |

Присылая материалы на Конкурс, тем самым Вы даете свое согласие Организатору Конкурса на использование и обработку указанных персональных данных.

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись, расшифровка подписи

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_