

REGULAMIN KONKURSU FOTOGRAFICZNEGO

Twoje wakacje

§1

Organizator Konkursu

Organizatorem Konkursu jest Delegatura Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Koninie zwana dalej Delegaturą.

§2

Cele Konkursu

Celem Konkursu jest integracja środowiska lekarzy i lekarzy dentystów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz możliwość przedstawienia swoich zdjęć z wakacji letnich w 2026 roku.

§3

Zasady ogólne Konkursu

1. Przedmiotem Konkursu są zdjęcia fotograficzne wykonane samodzielnie przez lekarzy lub lekarzy dentystów – członków WIL.
2. Zdjęcia muszą przedstawiać miejsce spędzenia letnich wakacji w 2026 roku. Zdjęcia powinny przedstawiać krajobraz, zabytki, przyrodę, wydarzenie reportażowe lub podobną tematykę.
3. Jeżeli na zdjęciu znajdują się wyraźnie ujęte twarze obcych dla autora osób, to do zdjęcia musi być dołączona deklaracja autora o wyrażeniu zgody na wykorzystanie wizerunku osoby fotografowanej.
4. Zdjęcie nie może przedstawiać obiektów, których fotografowanie jest zabronione w kraju wykonania zdjęcia.
5. Zdjęcia mogą być wykonane aparatem fotograficznym, telefonem komórkowym, tabletem lub kamerką sportową.
6. Jeden autor przesyła tylko jedno zdjęcie.
Zdjęcie powinno być przesłane pocztą elektroniczną na adres Delegatury do dnia 30.09.2026 r. (konin@wil.org.pl) i nie powinno przekraczać 5 MB danych. Prace złożone po terminie nie biorą udziału w Konkursie.
7. W wyjątkowej sytuacji zdjęcie może być wywołane na papierze fotograficznym i przesłane do dnia 30.09.2026 r. tradycyjną pocztą na adres Delegatury (62-510 Konin, ul. Liliowa 9). Wymagany rozmiar zdjęcia to minimum 13 x 18 cm.
8. Nadesłane prace należy opisać według szablonu:
 - 1) tytuł pracy
 - 2) miejsce wykonania fotografii
 - 3) imię i nazwisko autora
 - 4) dane kontaktowe autora (adres, telefon, e-mail)
9. Każdemu Uczestnikowi Konkursu zostanie przypisany numer kodowy, pod którym jego zdjęcie będzie oceniane przez Jury. Dane autorów zostaną ujawnione dopiero po ogłoszeniu wyników Konkursu.
10. Organizator zastrzega sobie prawo do wyłączenia z udziału w konkursie prac, niespełniających kryteriów tematycznych oraz wyżej wymienionych wymogów.

§ 4

Ocena i rozstrzygnięcie konkursu

1. Oceny prac dokona Jury powołane przez Organizatora, przyznając miejsce pierwsze, drugie lub trzecie w Konkursie.
2. Skład Jury stanowią: przewodniczący – lek. Dariusz Tuleja, członkowie: lek. Karolina Piórkowska, lek. dent. Rafał Przybylski. Członkowie Jury i osoby z ich rodzin nie biorą udziału w Konkursie.
3. Decyzje Jury są ostateczne.
4. Zwycięzcy Konkursu (miejsca: pierwsze, drugie i trzecie) zostaną uhonorowani pamiątkowym dyplomem oraz medalem Delegatury.
5. Wręczenie dyplomów i medali nastąpi podczas spotkania podsumowującego Konkurs w siedzibie Delegatury.
6. Podczas spotkania zaprezentowane zostaną wszystkie prace biorące udział w Konkursie.

§5

Dane osobowe

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach niniejszego Konkursu jest Wielkopolska Izba Lekarska z siedzibą przy ul. Nowowiejskiego 51 w Poznaniu, którą reprezentuje Prezes.
2. Dane osobowe Uczestnika zostały przekazane dobrowolnie i będą przetwarzane w celu prawidłowego przeprowadzenia konkursu, w tym przede wszystkim w celu wyłonienia Zwycięzcy Konkursu i wręczenia nagród na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
3. Dane zwycięzców i wyróżnionych w Konkursie w zakresie imienia, nazwiska, wizerunku, tytułu pracy zostaną umieszczone na stronie Organizatora, tj. wil.org.pl.
4. Zgoda może zostać wycofana poprzez wysłanie maila zawierającego prośbę wycofania na adres: admin@wil.org.pl, co nie wpływa na ważność przetwarzania przed wycofaniem zgody.
5. Dane Uczestników będą przetwarzane przez okres niezbędny do przeprowadzenia Konkursu z zastrzeżeniem, iż okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przez przepisy, jakie mogą mieć związek z wygraną w konkursie, jeżeli przetwarzanie będzie niezbędnie do celowego dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami ze strony osób trzecich.
6. Uczestnikom przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, że przetwarzanie danych osobowych ich dotyczących narusza przepisy RODO.
7. Podanie danych osobowych nie jest wymogiem ustawowym lub umownym, jednakże konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości przystąpienia do Konkursu.
8. W razie wątpliwości lub woli skorzystania z ww. uprawnień Uczestnik może skontaktować się Inspektorem Ochrony Danych WIL pod adresem: admin.wil.org.pl.

Postanowienia końcowe

1. Udział w Konkursie jest dobrowolny i bezpłatny.
2. Przystąpienie przez Uczestnika do Konkursu oznacza zaakceptowanie niniejszego Regulaminu w całości.
3. Autor zdjęć udziela prawa do nieodpłatnego wykorzystania fotografii w materiałach promujących Konkurs i publikację na stronie internetowej Organizatora oraz w Biuletynie Informacyjnym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.
4. Organizator nie zwraca nadesłanych prac, także tych nadesłanych po terminie.
5. Organizator nie zwraca kosztów dojazdu na uroczystość wręczenia dyplomów.
6. Ostateczna interpretacja niniejszego regulaminu należy do Organizatora.
7. Sprawy nieuregulowane w niniejszym Regulaminie rozstrzyga Organizator.
8. Jakikolwiek pytania na temat Konkursu należy kierować na adres mailowy: konin@wil.org.pl

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE

Lekarza lub lekarza dentystry uczestniczącego w konkursie

Niniejszym oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z Regulaminem Konkursu i bez zastrzeżeń akceptuje wszystkie jego warunki.
- Jestem autorem nadesłanych fotografii.
- Uzyskałem/am zgodę osób, których wizerunki (wyraźny obraz twarzy pozwalający na łatwą identyfikację) utrwalono na fotografiach, na ich wykonanie oraz zgodę na wykorzystanie tych wizerunków w zakresie Konkursu oraz w innych celach promocyjnych w ramach działalności Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.
- Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis