



**Osakidetza**

DEBABARRENEKO  
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA  
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA  
DEBABARRENA

## Izena emateko agiria/ Documento de inscripción

Argazki(a)(r)en izenburua/ Título de la/s foto/s:

1.

---

2.

---

3.

---

**Parte-hartzailearen izen-abizenak:**

Nombre y apellidos del participante:

**Jatorrizko osasun-zentroa**

**(paziente edo erabiltzaileentzat):**

Centro de Salud de origen

(para pacientes o usuarios):

**lan-zentroa edo lan-unitatea eta laneko kategoria (Osakidetzako langileentzat):**

Centro de trabajo o unidad de trabajo y categoría profesional (para profesionales de Osakidetza):

**Harremanetarako telefonoa:**

Teléfono de contacto:

**Harremanetarako helbide elektronikoa:**

Correo electrónico de contacto:

.....  
.....  
jaunak/andreak, .....  
NAN zenbakidunak eta adindunak,  
bermatu egiten du Debabarreneko  
ESiren amagandiko edoskitzeari  
buruzko VI. argazki-lehiaketara  
aurkeztutako argazkiarekin batera  
aurkeztutako adingabearen ama/aitaren  
eta/edo lege-ordezkarien baimenean  
ageri diren datuak egiazkoak direla.

D/D<sup>a</sup> .....

.....  
....., con DNI.....y  
mayor de edad, garantiza la veracidad  
de los datos que aparecen en la  
autorización que aporta la  
madre/padre y/ó representantes  
legales del menor, de la imagen  
fotográfica que presento al VI  
concurso de fotografía de lactancia  
materna de la OSI Debabarrena.

**Sinadura eta data/ Firma y fecha:**