

# QUIERO PARTICIPAR

## ME LLAMO

Nombre y Apellidos:

Edad:

## TUTOR/PADRE/MADRE

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección completa:

Email:

Teléfono:

Agencia/ Empresa Colaboradora TIPSA:

Departamento:

Fecha:

Firma del padre, madre o tutor:



Acepto y manifiesto que soy el/la padre/madre/tutor del niño que figura en esta hoja. Que he leído las bases del concurso TIPSA 25 AÑOS disponibles en <https://www.tip-sa.com/es/concursosolidario/bases>. que he tenido la oportunidad de formular preguntas al Departamento de Comunicación y Marketing de TIPSA y que mis preguntas se han respondido satisfactoriamente.

Acepto que la información proporcionada se utilice de la forma y a los efectos estipulados en las bases.

