



Ayúdanos a ayudar

ME LLAMO

Nombre y apellidos:

Edad:

TUTOR/PADRE/MADRE

Nombre y apellidos:

DNI:

Dirección:

e-mail:

Teléfono:

Agencia/Empresa colaboradora TIPSA:

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 CAPACES DE TODO disponibles en www.tip-sa.com/concursosolidario. 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.