

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ FUNDACJI WYMARZONA ODPORNOŚĆ

DANE KANDYDATA:

1. Nazwisko i imię:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. PESEL:

RODZICE I OPIEKUNOWIE KANDYDATA:

1. Nazwisko i imię Matki/Opiekuna:
Wykształcenie/zawód wykonywany:
2. Nazwisko i imię Ojca/Opiekuna:
Wykształcenie/zawód wykonywany:

ADRES ZAMELDOWANIA KANDYDATA:

Ulica, numer lokalu:
Kod pocztowy, miasto:
Województwo:
Numery telefonów Rodziców/Opiekunów:
Adresy e-mail Rodziców/Opiekunów:

ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę o podanie w przypadku, gdy jest inny niż adres zameldowania):

.....
.....

RODZEŃSTWO:

1. Nazwisko i imię, wiek
2. Nazwisko i imię, wiek
3. Nazwisko i imię, wiek

OPIEKA MEDYCZNA:

Kandydat pozostaje pod opieką:

ośrodka
lekarza
z powodu (podać schorzenia)

Orzeczenie o niepełnosprawności nr ważne od do

Cel gromadzenia środków:
.....

.....
Data i Podpis Kandyda/Rodzica
lub innego prawnego opiekuna Kandydata

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w Deklaracji są zgodne z prawdą.

.....
Data i Podpis Kandydata/Rodzica
lub innego prawnego opiekuna Kandydata

Oświadczam, że Kandydat korzysta/nie korzysta z pomocy innych organizacji pozarządowych. Jeżeli korzysta proszę wymienić:

.....
Data i Podpis Kandydata/Rodzica
lub innego prawnego opiekuna Kandydata

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Kandydata zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.) w celu realizacji niniejszej Deklaracji, Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. ustawy jest Fundacja Wymarzona Odporność z siedzibą w Otwocku. Zostałem poinformowany, iż zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Kandydata jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych oraz danych osobowych Kandydata i ich poprawienia.

.....
Data i Podpis Kandydata/Rodzica
lub innego prawnego opiekuna Kandydata

Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystanie przez Fundację Wymarzona Odporność wizerunku Kandydata, w całości i we fragmentach, przedstawionego na zdjęciach przekazanych Fundacji, a także danych osobowych Kandydata, obejmujących imię, nazwisko, nazwę schorzenia, wiek, poprzez ich publikację w całości lub we fragmentach na stronach internetowych Fundacji, dla celów informacyjnych działań Fundacji oraz realizacji niniejszej Deklaracji. Zostałem poinformowany, że zgoda na wykorzystanie i rozpowszechnianie przez Fundację wizerunku oraz danych osobowych Kandydata może być w każdej chwili cofnięta.

.....
Data i Podpis Kandydata/Rodzica
lub innego prawnego opiekuna Kandydata

Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystanie przez Fundację Wymarzona Odporność wizerunku Kandydata, w całości i we fragmentach, przedstawionego na zdjęciach przekazanych Fundacji, a także danych osobowych Kandydata, obejmujących imię, nazwisko, nazwę schorzenia, wiek, poprzez ich publikację w całości lub we fragmentach w publikacjach prasowych, na ulotkach, folderach, kalendarzach, plakatów reklamowych, innego rodzaju materiałach reklamowych, rozpowszechnianych przez Fundację, dla celów informacyjnych działań Fundacji oraz realizacji niniejszej Deklaracji. Zostałem poinformowany, że zgoda na wykorzystanie i rozpowszechnianie przez Fundację wizerunku oraz danych osobowych Kandydata może być w każdej chwili cofnięta.

.....
Data i Podpis Kandydata/Rodzica
lub innego prawnego opiekuna Kandydata

**DECYZJA ZARZĄDU FUNDACJI WYMARZONA ODPORNOŚĆ Z SIEDZIBĄ W OTWOCKU PO ZAPOZNANIU SIĘ Z POWYŻSZĄ DEKLARACJĄ
I OŚWIADCZENIAMI KANDYDATA/RODZICÓW/OPIEKUNÓW**

Zarząd Fundacji Wymarzona Odporność z siedzibą w Otwocku nadał numer ewidencyjny, który jest numerem ewidencyjnym Podopiecznego w rejestrze Fundacji.

Izabela Miller

Monika Skiba

.....
Prezes Zarządu

.....
Wiceprezes Zarządu

Data