FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY BĘDZIE ROZPATRYWANY WYŁĄCZNIE WTEDY, GDY ZOSTANIE DOŁĄCZONY DO

NIEGO KOMPLET WYMAGANYCH DOKUMENTÓW

Miejscowość, data ………………………………………………………….

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Dane osobowe podopiecznego:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………..

Data urodzenia:…………………………………………………………....

PESEL………………………………………………………………………

miejscowość………………………………………………………………..

Kod pocztowy………………………………………………………………

Ulica i numer……………………………………………………………….

Województwo………………………………………………………………

Dane osobowe rodzica / opiekuna prawnego do kontaktu i udzielania informacji ( jeżeli podopieczny jest niepełnoletni )

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………

Dowód osobisty ( nr i seria )………………………………………………

Adres………………………………………………………………………..

Telefon………………………………………………………………………

Adres e-mail…………………………………………………………………

Historia choroby podopiecznego:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jakiej pomocy oczekują Państwo od Fundacji ( *zaznaczyć* ):

1. Dofinansowanie do rehabilitacji
2. Dofinansowanie do operacji
3. Dofinansowanie do zakupu sprzętu
4. Dofinansowanie do zakupu leków
5. Pomoc inna *( jaka ?* ).......................................................

Czy Podopieczny jest pod opieką innej fundacji (*zaznaczyć*):

TAK …. NIE ….. Nazwa Fundacji ……………………………………

**Oświadczam, że informacje podane w formularzu są zgodne z prawdą.**

**W przypadku celowego zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji, Fundacja ma prawo do usunięcia Podopiecznego z Ewidencji.**

**Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku na dowolnym polu eksploatacji bez ograniczeń czasowych i oświadczam, że posiadam prawa autorskie do przekazanych Fundacji zdjęć i materiałów.**

**……………………………………………………………………**

**Data, czytelny podpis**

Formularz zgody

Niniejszy kwestionariusz jest wypełniany w celu wyrażenia zgody na zbieranie i przetwarzanie Państwa danych osobowych w tworzonym zbiorze danych Fundacji Aiden z siedzibą w Katowicach w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji. W każdej chwili mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawienia. Dane zawarte w niniejszym formularzu wykorzystywane będą do organizacji pomocy przez Fundację Aiden i mogą być przekazane osobom trzecim (potencjalnym darczyńcom).

Oświadczam, iż zostałem(-am) poinformowany(-a) o celach pozyskania moich danych osobowych i wyrażam dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w Ustawie o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101,poz. 926 ze zm.) przez Fundację Aiden, w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań przedmiotowych Fundacji.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

/data, czytelny podpis/