

WNIOSEK O ZAŁOŻENIE SUBKONTA
(prosimy o wypełnianie drukowanymi literami)

1. Dane kandydata

Imię i nazwisko Kandydata

Data urodzenia PESEL

Seria i numer dowodu osobistego, (jeśli posiada)

2. Rodzice (w przypadku osób niepełnoletnich)

Imię i nazwisko matki

Dokument tożsamości: Seria Numer

Imię i nazwisko ojca

Dokument tożsamości: Seria Numer

3. Opiekun prawny (w przypadku posiadania pełnomocnictwa- dołączyć do wniosku)

Imię i nazwisko

Dokument tożsamości: Seria Numer

4. Dane adresowe
Adres zameldowania:

Ulica/wieś Nr domu.....Nr lokalu

Kod pocztowyMiejscowość

Województwo

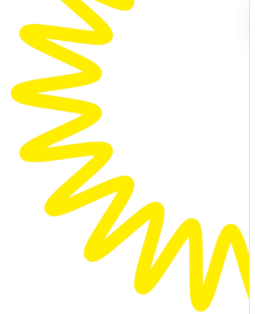
Adres zamieszkania:

Ulica/wieś Nr domu.....Nr lokalu

Kod pocztowyMiejscowość

Województwo





5. Dane kontaktowe

Telefon

Mail

6. Zwracam się z prośbą o założenie subkonta w celu gromadzenia środków (podać cel przeznaczenia środków):

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

7. Opis choroby

.....
.....

Oświadczenie kandydata/rodziców/opiekuna prawnego

Oświadczam, że jestem kandydatem/rodzicem/opiekunem prawnym kandydata i wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.

.....
Podpis kandydata/rodziców/opiekuna prawnego

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (zwana dalej RODO). Administratorem Twoich danych jest Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Słoneczko” w Stawnicy.

.....
Podpis kandydata/rodziców/opiekuna prawnego

**niepotrzebne skreśli*

Decyzja Zarządu

Zarząd Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym Słoneczko

Nadał numer subkonta

Decyzja Zarządu z dnia

.....
w imieniu Zarządu

