

Dąbrowa Górnicza, dn. ....

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

.....

Miejsce zatrudnienia, nr ewid. ....

Nr telefonu .....

PESEL .....

Nr konta bankowego .....

**FUNDACJA OCHRONY ZDROWIA**  
w Dąbrowie Górniczej

**Wniosek**

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi pomocy w zakresie:

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

Oświadczam, że otrzymana pomoc rzeczowo-finansowa zostanie wykorzystana wyłącznie dla własnych potrzeb. Świadczenie rzeczowe i finansowe precyzuje ustawa o podatku dochodowym osób fizycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie w postaci przechowywania i odczytu na potrzeby Fundacji Ochrony Zdrowia, tj. na realizację celów statutowych, moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, adresu i nr PESEL, w tym danych wrażliwych w postaci dokumentacji dot. choroby – zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późniejszymi zmianami).

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. przysługuje mi prawo dostępu do moich danych i ich poprawienia;
2. „administratorem” danych osobowych jest Fundacja Ochrony Zdrowia z siedzibą w Dąbrowie Górniczej (41-308), al. J. Piłsudskiego 92

Załączniki:

1. ....  
.....  
(podpis wnioskodawcy)

Dąbrowa Górnicza, dn. ....

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

.....

Miejsce zatrudnienia, nr ewid. ....

Nr telefonu .....

PESEL .....

Nr konta bankowego .....

**FUNDACJA OCHRONY ZDROWIA**  
w Dąbrowie Górniczej

**Wniosek**

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi pomocy w zakresie:

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

Oświadczam, że otrzymana pomoc rzeczowo-finansowa zostanie wykorzystana wyłącznie dla własnych potrzeb. Świadczenie rzeczowe i finansowe precyzuje ustawa o podatku dochodowym osób fizycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie w postaci przechowywania i odczytu na potrzeby Fundacji Ochrony Zdrowia, tj. na realizację celów statutowych, moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, adresu i nr PESEL, w tym danych wrażliwych w postaci dokumentacji dot. choroby – zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późniejszymi zmianami).

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. przysługuje mi prawo dostępu do moich danych i ich poprawienia;
2. „administratorem” danych osobowych jest Fundacja Ochrony Zdrowia z siedzibą w Dąbrowie Górniczej (41-308), al. J. Piłsudskiego 92

Załączniki:

1. ....  
.....  
(podpis wnioskodawcy)