



# Deklaracja Członkowska

Centrum Charytatywne „Koniczynka”



**Prosimy wypełnić drukowanymi literami**

(kandydatura nie będzie rozpatrywana w przypadku nieczytelnego wypełnienia formularza)

## 1. Informacje o Kandydacie

### 1.1. Dane Kandydata

Imię (imiona) i nazwisko Kandydata ..... **IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA** .....

Data urodzenia ..... **DATA URODZENIA DZIECKA** ..... PESEL ..... **PESEL DZIECKA - NIEZBEDNY!** .....

### 1.2. Rodzice/ Inni prawni opiekunowie

Imię (imiona) i nazwisko Matki/ Innego prawnego opiekuna <sup>1</sup> ..... **IMIĘ I NAZWISKO MATKI /  
OPIEKUNA PRAWNEGO** .....

Imię (imiona) i nazwisko Ojca/ Innego prawnego opiekuna <sup>1</sup> ..... **IMIĘ I NAZWISKO OJCA /  
OPIEKUNA PRAWNEGO** .....

### 1.3. Adres zameldowania **ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA**

ulica/wieś ..... nr domu ..... nr lokalu .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

województwo.....

telefony (.....) ..... **TELEFON KONTAKTOWY DO RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO** .....

e-mail <sup>2</sup> ..... **ADRES E-MAIL DO RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO – NIEZBEDNY!** .....

### 1.4. Adres do korespondencji (gdy jest inny niż adres zameldowania)

ulica/wieś ..... nr domu ..... nr lokalu .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

województwo.....

## 2. Oświadczenie Kandydata/ Rodziców/ Innych prawnych opiekunów Kandydata <sup>1</sup> na Członka Centrum Charytatywnego „Koniczynka”

2.1. Oświadczam, że jestem Kandydatem/ Rodzicem/ Innym prawnym opiekunem Kandydata <sup>1</sup> na Członka Centrum Charytatywnego „Koniczynka” i wszystkie informacje podane w Deklaracji Członkowskiej są zgodne z prawdą.

.....  
czytelny podpis

2.2. Jednocześnie informuję, że Kandydat pozostaje pod stałą opieką:

Poradni/Ośrodka Rehabilitacyjnego **NAZWA OŚRODKA ZDROWIA LUB OŚRODKA** .....

..... **REHABILITACYJNEGO DO KTÓREGO UCZĘSZCZA DZIECKO** .....

.....

pod opieką lekarza ..... **SPECJALIZACJA LEKARZA POD OPIEKĄ KTÓREGO JEST DZIECKO** .....

..... **NP.: NEUROLOG, ONKOLOG, PEDIATRA ITP.** .....

z powodu schorzenia ..... **SCHORZENIE NA KTÓRE CHORUJE DZIECKO** .....

2.3. Cel gromadzenia środków:

..... **NA CO BĘDĄ ZBIERANE ŚRODKI NP.: LECZENIE, REHABILITACJA, POPRAWA BYTU** .....

..... **MATERIALNEGO DZIECKA ITP.** .....

**( ZGODA NA ZAMIESZCZENIE DANYCH I WIZERUNKU DZIECKA NA STRONIE INTERNETOWEJ FUNDACJI )**

2.4. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystanie przez Fundację Dzieciom „Zdążyć z Pomocą” (dalej jako „Fundacja”) 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 materiałach informacyjnych Centrum Charytatywnego „Koniczynka”, dla celów realizacji zadań Centrum Charytatywnego „Koniczynka”. Zostałem/-am poinformowany/-a, że zgoda na wykorzystanie i rozpowszechnianie przez Fundację wizerunku oraz danych osobowych Kandydata może być w każdej chwili cofnięta.

..... **CZYTELNY PODPIS PODOPIECZNEGO / RODZICA /  
OPIEKUNA PRAWNEGO** .....

..... **DATA WYPEŁNIENIA** .....

data

podpis Kandydata/Rodzica/Innego prawnego opiekuna <sup>1</sup>

2.5. 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 zadań Centrum Charytatywnego „Koniczynka”. Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. ustawy jest Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą” z siedzibą w Warszawie, ul. Łomiańska 5, 01-685 Warszawa. Zostałem/-am poinformowany/-a, 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 poprawiania.

..... **CZYTELNY PODPIS PODOPIECZNEGO / RODZICA /  
OPIEKUNA PRAWNEGO** .....

..... **DATA WYPEŁNIENIA** .....

data

podpis Kandydata/Rodzica/Innego prawnego opiekuna <sup>1</sup>

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> adres e-mail jest niezbędny do odzyskiwania hasła do logowania na stronie internetowej [www.dzieciom.pl](http://www.dzieciom.pl)

### 3. Decyzja Zarządu Fundacji Dzieciom „Zdążyć z Pomocą” po zapoznaniu się z oświadczeniem Kandydata/Rodziców/Opiekunów

Zarząd Fundacji Dzieciom „Zdążyć z Pomocą” reprezentowany przez prezesa Zarządu – Stanisława Kowalskiego, nadał ..... numer członkowski, który jest numerem ewidencyjnym Podopiecznego ....., który wraz z Kartą Członkowską zostanie przekazany Członkowi Centrum Charytatywnego „Koniczynka” .

Decyzja Zarządu z dnia .....

Za Zarząd