



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** PESEL **NUMER PESEL**

1.2. Rodzice/ Inni prawni opiekunowie

Imię (imiona) i nazwisko Matki/ Innego prawnego opiekuna ¹ **IMIĘ I NAZWISKO MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**
Imię (imiona) i nazwisko Ojca/ Innego prawnego opiekuna ¹ **IMIĘ I NAZWISKO OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

1.3. Adres zameldowania / zamieszkania

ulica/wieś **ADRES ZAMIESZKANIA** nr domu nr lokalu
kod pocztowy miejscowość
województwo.....
telefony (.....) **TELEFON KONTAKTOWY DO OPIEKUNKÓW/RODZICÓW**
e-mail ² **ADRES E-MAIL DO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO – NIEZBĘDNY!**

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

ulica/wieś nr domu nr lokalu
kod pocztowy miejscowość
województwo.....

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

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

CZYTELNY PODOPIS RODZICA /OPIEKUNA PRAWNEGO

.....
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.**
.....
.....

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.

DATA

.....
data

**CZYTELNY PODPIS RODZICA /
OPIEKUNA PRAWNEGO**

.....
podpis Kandydata/Rodzica/Innego prawnego opiekuna ¹

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 (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) 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.

DATA

.....
data

**CZYTELNY PODPIS RODZICA /
OPIEKUNA PRAWNEGO**

.....
podpis Kandydata/Rodzica/Innego prawnego opiekuna ¹

¹ niepotrzebne skreślić

² adres e-mail jest niezbędnym do odzyskiwania hasła do logowania na stronie internetowej www.dzieciom.pl