



# 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 <sup>1</sup> ..... **IMIĘ I NAZWISKO MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**  
Imię (imiona) i nazwisko Ojca/ Innego prawnego opiekuna <sup>1</sup> ..... **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 <sup>2</sup> ..... **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 <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 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 <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 (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 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

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