

....., dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
adres

.....  
telefon

.....  
e-mail



**FUNDACJA**

*Blisko Ciebie*

**ul. 3 Maja 13**

**41-200 Sosnowiec**

**W N I O S E K**  
**o objęcie pomocą z zakresu celów statutowych Fundacji**

Wnioskuje o pomoc dla:

- Siebie,
- Dziecka,
- Małżonka,
- Rodzica,
- Inne: .....

Rodzaj pomocy, o którą wnioskuje:

- Dofinansowanie do zakupu leków,
- Dofinansowanie do zakupu środków pomocniczych,
- Dofinansowanie do zakupu sprzętu medycznego,
- Dofinansowanie do operacji,
- Dofinansowanie do rehabilitacji,
- Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego,
- Inne: .....



**Dane osoby, dla której przeznaczona ma być pomoc (dalej Podopieczny):**

imię i nazwisko:

urodzona/ny:

PESEL:

.....

adres:

.....

**Czy osoba jest podopiecznym innej Fundacji? Jeżeli tak to jakiej i od kiedy?**

.....

.....

**Instytucje, organizacje, fundacje etc., które w ostatnich dwóch latach udzieliły pomocy (data, nazwa, adres, rodzaj otrzymanej pomocy):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Dołączona dokumentacja:**

.....

.....

.....

**Niniejszym oświadczam, iż złożenie niniejszego wniosku jest akceptacją znanych mi Zasad udzielania pomocy przez Fundację „Blisko Ciebie”.**

.....  
(podpis Podopiecznego/ Rodzica lub innego opiekuna Podopiecznego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, moich/reprezentowanego przeze mnie ww małoletniego/ubezwłasnowolnionego, danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, zawartych w niniejszym wniosku oraz dołączonej do niego ewentualnej dokumentacji, jak i wizerunku przez Fundację „Blisko Ciebie” (41-200 Sosnowiec, ul. 3 Maja 13, zarejestrowana przez Sąd Rejonowy Katowice - Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 404633, NIP 6443499415) w celu realizacji zadań statutowych, która będzie administratorem tych danych, a także na udostępnienie tych danych podmiotom trzecim współpracującym z Fundacją w ich celach informacyjnych, handlowych, marketingowych. Swoje dane podaję dobrowolnie i zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, żądania ich usunięcia, zaprzestania przetwarzania danych, wniesienia sprzeciwu, a także o możliwości cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie na warunkach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 833 z późn. zm.) Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystywanie przez Fundację „Blisko Ciebie” wizerunku mojego/Podopiecznego, w całości i we fragmentach, przedstawionego na zdjęciach, a także danych osobowych Podopiecznego, obejmujących w szczególności imię, nazwisko, nazwę schorzenia, stan zdrowia, wiek, poprzez ich publikację w całości lub we fragmentach w dowolnych miejscach, na stronach internetowych, w publikacjach prasowych, na ulotkach, folderach, innego rodzaju materiałach rozpowszechnianych przez Fundację dla celów informacyjnych oraz objęcia pomocą przez Fundację.

Oświadczam, iż uzyskana pomoc zostanie wykorzystana zgodnie ze Statutem Fundacji „Blisko Ciebie” oraz, iż beneficjent pomocy – Podopieczny - należy do następującej kategorii osób: dzieci, osób przewlekle chorych, dotkniętych poważnymi chorobami, emerytów, rencistów, starszych, niepełnosprawnych, ubogich i pokrzywdzonych przez los.

.....  
(podpis Podopiecznego/ Rodzica lub innego opiekuna Podopiecznego)