

Miejscowość, dnia

WNIOSEK O ZAŁOŻENIE KONTA IMIENNEGO

.....
Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

**Fundacja „Zobacz Mnie”
ul. Bolkowska 3
53-612 Wrocław**

Proszę o założenie mojemu synowi/córce/podopiecznemu*
.....(Imię i nazwisko dziecka)
urodzonemu(data)
w/we*(miejscowość)

konta imiennego w związku z leczeniem i rehabilitacją.

.....
Podpis opiekuna

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

FORMULARZ OSOBOWY

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA	
PESEL DZIECKA	
IMIĘ I NAZWISKO RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO	
ADRES KORESPONDENCYJNY	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	
NUMER KONTA BANKOWEGO RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO	
ROZPOZNANIE MEDYCZNE/POWÓD, NA PODSTAWIE KTÓREGO WYDANO ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że zapoznałem/łam się oraz przyjmuję postanowienia Regulaminu Fundacji „ZOBACZ MNIE” w sprawie, dysponowania, rozliczania środków oraz likwidacji kont imiennych oraz, że zapoznałem/zapoznałam się z zasadami przetwarzania przez Fundację moich danych osobowych oraz dziecka.

(data złożenia oświadczenia)

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie zwykłych danych osobowych dziecka (imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, data urodzenia, miejsce urodzenia) przez Fundację „ZOBACZ MNIE” z siedzibą przy ul. Bolkowskiej 3, 53-612 Wrocław, w celu założenia, obsługi i zamknięcia konta imiennego, a także w celu udzielania dziecku różnych form wsparcia w rehabilitacji i w walce z chorobą.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wrażliwych danych osobowych dziecka (informacji o stanie zdrowia dziecka) przez Fundację „ZOBACZ MNIE” z siedzibą przy ul. Bolkowskiej 3, 53-612 Wrocław, w celu założenia, obsługi i zamknięcia konta imiennego, a także w celu udzielania różnych form wsparcia w rehabilitacji i w walce z chorobą.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Zgoda na wykorzystanie wizerunku dziecka

Na podstawie art. 81 ust. 1 Ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1231) wyrażam nieodpłatną zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego Dziecka _____ poprzez publikowanie zdjęć i filmów na stronach internetowych i profilach społecznościowych oraz fanpage'ach Fundacji ZOBACZ MNIE oraz Partnerów Fundacji współpracujących z nią w zakresie prowadzonej działalności statutowej w celu udzielania różnych form wsparcia w rehabilitacji i w walce z chorobą, w szczególności prowadzenia zbiorów publicznych (zarówno w przestrzeni publicznej jak i za pomocą środków komunikacji elektronicznej), informowania o historii choroby i postępie rehabilitacji Dziecka, jak również w celach informacyjnych, mających na celu informowanie o działalności statutowej prowadzonej przez Fundację.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)