

## **WNIOSEK O UZYSKANIE STATUSU PODOPIECZNEGO FUNDACJI**

*Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami*

### **1. Dane Podopiecznego**

Imię (imiona) Podopiecznego \_\_\_\_\_

Nazwisko Podopiecznego \_\_\_\_\_

Data urodzenia                    ┌ ┌ - ┌ ┌ - ┌ ┌ ┌ ┌

Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

PESEL                               ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌

Jednostka chorobowa \_\_\_\_\_

### **2. Rodzice/Opiekunowie Prawni**

Imię (imiona) Matki/Opiekunki Prawnej \_\_\_\_\_

Nazwisko Matki/Opiekunki Prawnej \_\_\_\_\_

Dokument tożsamości, seria/numer \_\_\_\_\_

Imię (imiona) Ojca/Opiekuna Prawnego \_\_\_\_\_

Nazwisko Ojca/Opiekuna Prawnego \_\_\_\_\_

Dokument tożsamości, seria/numer \_\_\_\_\_

### **3. Adres zamieszkania**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Województwo \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

#### 4. Oświadczenia Rodziców/Opiekunów

Oświadczam, że jestem Rodzicem / Opiekunem Prawnym Podopiecznego i wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość, data*

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość, data*

\_\_\_\_\_  
*Czytelny podpis Matki/Opiekunki Prawnej*

\_\_\_\_\_  
*Czytelny podpis Ojca/Opiekuna Prawnego*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i archiwizowanie danych osobowych moich i Podopiecznego, w tym danych wrażliwych, przez Fundację Rozwoju Biotechnologii Medycznych Komórki Życia – Komórki Nadziei, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997, nr 133 poz. 883) w celu realizacji działań Fundacji.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem zebranych danych osobowych, w tym danych wrażliwych, jest Fundacja Rozwoju Biotechnologii Medycznych Komórki Życia – Komórki Nadziei;
2. podanie danych jest dobrowolne, a odmowa ich podania jest równoznaczna z niemożnością realizacji działań w ramach statutowego celu Fundacji, w tym niesienia pomocy Podopiecznemu;
3. mam prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawy.

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość, data*

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość, data*

\_\_\_\_\_  
*Czytelny podpis Matki/Opiekunki Prawnej*

\_\_\_\_\_  
*Czytelny podpis Ojca/Opiekuna Prawnego*

---

#### Decyzja Zarządu

Zarząd Fundacji Rozwoju Biotechnologii Medycznych Komórki Życia – Komórki Nadziei przyznaje status Podopiecznego / odmawia przyznania statusu Podopiecznego\*

*\* - niepotrzebne skreślić*

\_\_\_\_\_  
*(imię i nazwisko)*

\_\_\_\_\_  
*(PESEL)*

Decyzja Zarządu z dnia: \_\_\_\_\_

W imieniu Zarządu: \_\_\_\_\_