

FUNDACJA POMOCY OFIAROM BŁĘDÓW MEDYCZNYCH

Numer zgłoszenia otrzymany w mailu po
zarejestrowaniu sprawy w portalu

Fundacja24.org

Miejscowość: Data:

Oświadczenie o stanie majątkowym i sytuacji materialnej

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Seria i numer dowodu osobistego:

Imię i nazwisko osoby, której wniosek dotyczy:

Adres:

Telefon:

E-Mail:

Informacja o stanie rodzinnym (imię i nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa):

Posiadane nieruchomości (dom, mieszkanie, działka [m²]):

Posiadane zasoby (pieniężne, przedmioty wartościowe):

Średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie:

Opis dochodów i źródeł utrzymania:

Numer zgłoszenia otrzymany w mailu
po zarejestrowaniu sprawy w portalu

Fundacja24.org

Miejscowość: Data:

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Niniejszym przekazuję zdjęcia z wizerunkiem moim/mojego dziecka* oraz wyrażam zgodę na ich bezpłatne wykorzystywanie na stronie internetowej Fundacji: <http://fundacja24.org> oraz w mediach społecznościowych, w celu przeprowadzenia zbiórki środków przeznaczonych na pokrycie kosztów dochodzenia roszczeń.

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem internetu, wyłącznie w celu objętym działalnością Fundacji. Fundacja jest upoważniona do stworzenia opisu odpowiadającego potrzebom zbiórki. Jednocześnie upoważniam Fundację do przekazania w razie potrzeby darczyńcom moich danych kontaktowych (telefon i adres). Ponadto zdjęcia mogą być wykorzystane w celach informacyjnych jako case study.

Imię i nazwisko dziecka lub osoby której wizerunek będzie wykorzystany	Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*	Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

*niepotrzebne skreślić

Numer zgłoszenia otrzymany w mailu po
zarejestrowaniu sprawy w portalu

Fundcja24.org

Miejscowość: Data:

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/a
(imię, nazwisko oraz adres)

występujący/a w imieniu własnym/ małoletniego/ubezwłasnowolnionego całkowicie

.....
(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/reprezentowanego przez mnie małoletniego/ubezwłasnowolnionego całkowicie danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, przez Fundację Pomocy Ofiarom Błędów Medycznych w celu realizacji zadań statutowych Fundacji, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 roku, poz. 1182 ze zm.).

.....
(PODPIS)

.....
(miejscowość, data)

Fundacja Pomocy Ofiarom Błędów Medycznych informuje, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Fundacja Pomocy Ofiarom Błędów Medycznych z siedzibą w Warszawie 02-497, ul. Aleksandra Prystora 4D lok. 73, zarejestrowana pod numerem KRS 0000687581.
- 2) Fundacja Pomocy Ofiarom Błędów Medycznych gromadzi jedynie dane osobowe podane dobrowolnie. Fundacja informuje, że nikt nie ma obowiązku podania swoich danych osobowych, jakośkolwiek odmowa podania danych osobowych może skutkować niemożliwością udzielenia odmawiającej pomocy w ramach zadań statutowych Fundacji.
- 3) Każdy, którego dane osobowe gromadzi Fundacja Pomocy Ofiarom Błędów Medycznych, ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
- 4) Zgromadzone dane osobowe są chronione zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
- 5) Fundacja Pomocy Ofiarom Błędów Medycznych dokłada wszelkich starań, aby gromadzonym danym osobowym zapewnić jak najwyższy stopień bezpieczeństwa.

* niepotrzebne skreślić