

.....
Nazwisko i imię

.....
Miejscowość, ulica, nr domu

.....
Kod pocztowy, poczta

.....
e-mail, telefon

**FUNDACJA OPIEKUŃCZA
MM KWIDZYN
ul. Lotnicza 1
82-500 KWIDZYN**

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na:

przetwarzanie przez Fundację Opiekuńczą MM Kwidzyn moich danych osobowych obejmujących imię i nazwisko, dane kontaktowe, informacje o mojej sytuacji życiowej, sytuacji mojej rodziny lub osób pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie (w tym o sytuacji życiowej, rodzinnej, finansowej lub o stanie zdrowia) w zakresie, jaki nie jest niezbędny do wykonania przez Fundację Opiekuńczą jej celów statutowych dla celów uzyskania pomocy z Fundacji Opiekuńczej.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych podopiecznych przez Fundację dostępną na stronie internetowej www.fundacjaopiekuncza.org

Zostałam/em poinformowana/y o możliwości wycofania powyższej zgody w dowolnym momencie.

Data i czytelny podpis