

**Załącznik nr 2**

**KWESTIONARIUSZ PODOPIECZNEGO 1%**

Proszę wpisać poniżej dane osobowe:  
(jeżeli masz mniej niż 18 lat daj wypełnić formularz rodzicom lub opiekunom!)

Imię

Nazwisko

Wiek  PESEL

Adres zamieszkania

Kontakt tel., tel. kom.

Adres e-mail

Krótką informacją o chorobie /nazwa, przebyte operacje, zabiegi/:

Nazwa Poradni lub Ośrodka oraz lekarza prowadzącego, pod którego opieką jest Podopieczny.

Proszę wpisać poniżej dane osobowe rodzica/ opiekuna (tylko osoby poniżej 18 r. ż.)

mama / tata / opiekun \*

Imię i nazwisko  
Adres zamieszkania  
Kontakt telefoniczny  
Kontakt mailowy

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą..

.....  
data

.....  
podpis uczestnika lub rodzica / opiekuna

Oświadczenia :

Zostałem poinformowany, że:

- Administratorem moich danych zawartych na przedmiotowym formularzu („Dane”) jest Fundacja Marka Kamińskiego z siedzibą w Gdańsku (80-266) przy ul. Grunwaldzkiej 212.
- Dane będą przetwarzane, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz. U. Nr 133, poz. 833) w celu podejmowania działań związanych ze współpracą opisaną w Porozumieniu, w tym informowania darczyńców o podopiecznym i jego sytuacji, zamieszczania Danych na stronach internetowych i wykorzystywanie ich w innych formach promocji zbiórek pieniężnych na rzecz podopiecznego
- Mam prawo dostępu do treści Danych oraz prawo do ich poprawiania
- Dane podaje dobrowolnie, jednak zdaję sobie sprawę z tego, że nie podanie Danych lub nie wyrażenie zgody na przetwarzanie ich w celu wskazanym powyżej uniemożliwia moje uczestnictwo w programie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu wskazanym powyżej.

.....  
Imię i nazwisko oraz podpis uczestnika lub uczestnika  
i jego rodziców/ opiekunów (tylko osoby poniżej 18 r. ż.)