# Formularz zgłoszenia beneficjenta - osoba dorosła

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osobowe podopiecznego** | |
| Imię i Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Data urodzenia |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| **Adres zameldowania** | |
| Ulica |  |
| Nr budynku i lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Województwo |  |
| Kraj |  |
| **Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zameldowania)** | |
| Ulica |  |
| Nr budynku i lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Województwo |  |
| Kraj |  |
| **Dodatkowe informacje** | |
| Sytuacja rodzinna i majątkowa |  |
| Rodzaj i forma oczekiwanej pomocy |  |
| Zainteresowania, marzenia |  |

## Zgody

|  |  |
| --- | --- |
| Kopia dokumentu potwierdzającego chorobę np: wypis ze szpitala, opinia lekarska, zaświadczenie lekarskie\* | TAK/NIE |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz oświadczam że zapoznałem się z klauzulą informacyjną na znajdującą się pod formularzem. | TAK/NIE |
| Oświadczam, iż zostałem(-am) poinformowany(-a) o celach pozyskania moich danych osobowych i dobrowolnie wyrażam zgodę na ich zbieranie i przetwarzanie na zasadach określonych w Ustawie o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. z 2016 poz. 922) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Uniii Europejskiej 2016/79 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych przez Fundację Pomocy Chorym na Mukowiscydozę z siedzibą w Jarosławiu, pod adresem: Pl. Mickiewicza 11, 37-500 Jarosław. | TAK/NIE |

## Klauzula informacyjna:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Fundacja Pomocy Chorym na Mukowiscydozę z siedzibą w Jarosławiu, pod adresem: Ul. J. Słowackiego 24/4, 37-500 Jarosław. Kontakt z administratorem możliwy jest pod powyższym adresem pocztowym lub pod adresem e-mail: biuro@muko.help.

2. Państwa dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez Fundację w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji w tym świadczenia niezbędnej pomocy na rzecz Pana/Pani.

3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

4. Informuję, iż nie mają Państwo obowiązku podania swoich danych osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania może uniemożliwić wykonanie wobec Państwa statutowych obowiązków Fundacji i może nie być możliwe wykonanie działań na żądanie Pana/Pani.

5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.

6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

8. Dane osobowe będą przechowywane na czas na jaki została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych, jeżeli taki okres został określony, nie dłużej jednak niż do końca roku w którym cofnięta została zgoda na przetwarzanie danych osobowych wyrażona pisemnie przez Pana/Panią.

Administrator danych osobowych dokłada wszelkich starań, aby przechowywanym danym zapewnić właściwy stopień bezpieczeństwa.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………………. | ……………………………………………………………………………………………………………. |
| Podpis i pieczątka pracownika fundacji | Data zgłoszenia Podpis składającego wniosek |