



Dar Serca
Fundacja Ochrony Zdrowia
Pracowników PLL LOT S.A.
i Członków Ich Rodzin

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
pesel

pracownik/emeryt, spółka:

tel.1:

tel.2:

Rada Fundacji Ochrony Zdrowia „Dar Serca” Pracowników PLL LOT S.A. i Członków ich Rodzin

WNIOSEK O REFUNDACJĘ

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym o stanie zdrowia zawartych w załączonych dokumentach) przez Fundację Ochrony Zdrowia DAR SERCA Pracowników PLL LOT S. A. i Członków Ich Rodzin z siedzibą w Warszawie, ul. KOR 39 (zwanej dalej „Fundacją”) w celu uzyskania pomocy finansowej od Fundacji. odbiorcami danych może być podmiot zajmujący się obsługą księgową Fundacji w zakresie przetwarzania danych z faktur/rachunków przekazanych przez Darczyńców do wypłaty świadczenia. Mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do chwili odwołania niniejszej zgody, a po takim odwołaniu przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Fundacji i w stosunku do niej. Mam prawo żądania od Fundacji dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z biurem Fundacji.

PODPIS DARCYŃCY