



Koszalin, ul. Piłsudskiego 90, tel: 666199972

Nr ankiety.....

## FORMULARZ DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH POMOCY

<b>Imię i nazwisko</b>			
<b>Kod, miejscowość</b>		<b>Adres</b>	
<b>Telefony</b>			
<b>e-mail</b>			
<b>Jaki jest charakter i obszar poszukiwanej pomocy wolontarystycznej?</b>			

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Koszalińskie Centrum Wolontariatu dla celów statutowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz. 883).

Wiem, że mam prawo wglądu oraz poprawienia swoich danych, a także do sprzeciwu wobec ich przetwarzania do wyżej wymienionych celów.

Koszalin .....

.....  
*podpis osoby potrzebującej pomocy*

Zgłoszenie przyjęto

.....  
*podpis pracownika Koszalińskiego Centrum Wolontariatu*