



dodajemy odwagi

Tak, chcę pomagać osobom chorym na raka wspierając działania Fundacji Onkologicznej Alivia. Potwierdzam chęć przekazywania, w terminie do 20 dnia każdego miesiąca, darowizny na rzecz:

Alivia - Fundacja Onkologiczna Osób Młodych
ul. J. Zaruby 9/131
02 - 796 Warszawa
NIP: 527-263-07-52

30 zł 45 zł 60 zł inna

w kwocie:

Wyrażam zgodę na ustanowienie polecenia zapłaty na wskazanym poniżej rachunku bankowym.

dla Alivii

| | | |
|--|------------------------------|--|
| Imię/imiona Darczyńcy | <input type="text"/> | |
| Nazwisko Darczyńcy | <input type="text"/> | |
| Adres zameldowania Darczyńcy (zgodny z danymi w banku) | Nr domu <input type="text"/> | Nr lokalu <input type="text"/> |
| Ulica | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input type="text"/> | Miasto <input type="text"/> |
| Telefon | <input type="text"/> | Data urodzenia (dd-mm-rrrr) <input type="text"/> |
| E-mail | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Numer rachunku bankowego | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Identyfikator Darczyńcy (wypełnia Alivia) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) informujemy, iż administratorem Pani/a danych osobowych jest Alivia - Fundacja Onkologiczna Osób Młodych, ul. J. Zaruby 9/131, 02-796 Warszawa. Pani/a dane osobowe przetwarzane będą w celach związanych z uruchomieniem i realizacją polecenia zapłaty oraz obsługą darczyńców. Ponadto informujemy, iż posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania a także, że podanie danych jest dobrowolne. Pani/a dane osobowe będą udostępniane instytucjom finansowym w celu realizacji polecenia zapłaty.

Upoważniam mój bank do obciążania wskazanego powyżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z darowizny na rzecz Alivii - Fundacji Onkologicznej Osób Młodych, ul. J. Zaruby 9/131, 02-796 Warszawa.

| | | | |
|--------------------|----------------------|--------|----------------------|
| Miejscowość i data | <input type="text"/> | Podpis | <input type="text"/> |
|--------------------|----------------------|--------|----------------------|

Tak, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Alivię - Fundację Onkologiczną Osób Młodych, ul. J. Zaruby 9/131, 02-796 Warszawa, w celu otrzymywania informacji o działaniach prowadzonych przez Fundację i w tym celu udostępniam mój adres, numer telefonu oraz adres e-mail.

| | | | |
|--------------------|----------------------|--------|----------------------|
| Miejscowość i data | <input type="text"/> | Podpis | <input type="text"/> |
|--------------------|----------------------|--------|----------------------|

Zgoda na obciążenie rachunku

Potwierdzam chęć przekazywania w terminie do 20 dnia każdego miesiąca darowizny na rzecz:

Alivia - Fundacja Onkologiczna Osób Młodych
ul. J. Zaruby 9/131
02 - 796 Warszawa
NIP: 527-263-07-52

Wyrażam zgodę na ustanowienie polecenia zapłaty na wskazanym poniżej rachunku bankowym.



dodajemy odwagi

dla Banku

| | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| Imię/imiona Darczyńcy | <input type="text"/> | |
| Nazwisko Darczyńcy | <input type="text"/> | |
| Adres zameldowania Darczyńcy (zgodny z danymi w banku) | Nr domu <input type="text"/> | Nr lokalu <input type="text"/> |
| Ulica | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input type="text"/> | Miasto <input type="text"/> |
| Numer rachunku bankowego | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Identyfikator Darczyńcy (wypełnia Alivia) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) informujemy, iż administratorem Pani/a danych osobowych jest Alivia - Fundacja Onkologiczna Osób Młodych, ul. J. Zaruby 9/131, 02-796 Warszawa. Pani/a dane osobowe przetwarzane będą w celach związanych z uruchomieniem i realizacją polecenia zapłaty oraz obsługą darczyńców. Ponadto informujemy, iż posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania a także, że podanie danych jest dobrowolne. Pani/a dane osobowe będą udostępniane instytucjom finansowym w celu realizacji polecenia zapłaty.

Upoważniam mój bank do obciążania wskazanego powyżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z darowizny na rzecz Alivii - Fundacji Onkologicznej Osób Młodych, ul. J. Zaruby 9/131, 02-796 Warszawa.

| | | | |
|--------------------|----------------------|---|----------------------|
| Miejscowość i data | <input type="text"/> | Podpis (zgodny z wzorem podpisu w banku) | <input type="text"/> |
|--------------------|----------------------|---|----------------------|