

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO PROJEKTU:  
„ARTYSTYCZNE DUSZE – LUDZIE Z PASJĄ – 4”

Ja, niżej podpisany(a)

.....  
(Imię i nazwisko beneficjenta)

oświadczam ,że jestem osobą chorującą na stwardnienie rozsiane.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO PROJEKTU:  
„ARTYSTYCZNE DUSZE – LUDZIE Z PASJĄ – 4”

Ja, niżej podpisany(a)

.....  
(Imię i nazwisko beneficjenta)

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

Zgoda na upublicznienie mojego wizerunku w materiałach promocyjnych dotyczących projektu „ARTYSTYCZNE DUSZE - LUDZIE Z PASJĄ- 4” w tym na stronie internetowej i publikacjach OWPTSR oraz PTSROŁ

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
PODPIS



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział Warszawski  
00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12  
Tel./fax: 22 831 00 76

**Oświadczenie BENEFICJENTA PROJEKTU „ARTYSTYCZNE DUSZE – LUDZIE Z PASJĄ – 4”  
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział Warszawski oraz Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Łodzi oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez beneficjentów ostatecznych zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.), do Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski, z siedzibą w Warszawie, ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa oraz do Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Łodzi z siedzibą w Łodzi ul. al. Marszałka J. Piłsudskiego 133D lok. 305A, 92-318 Łódź oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym przez PFRON”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy beneficjent ostateczny zadania posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

**Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu realizowanym zgodnie z „Zasadami zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”.**

.....  
*imię i nazwisko BENEFICJENTA*

.....  
*PESEL*

.....  
*adres BENEFICJENTA*

.....  
*TELEFON*

.....  
*ADRES MAIL*

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Nowosieleckiej 12, 00-466 Warszawa oraz Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Łodzi z siedzibą w Łodzi ul. al. Marszałka J. Piłsudskiego 133D lok. 305A, 92-318 Łódź, oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych organizacjom pozarządowym przez PFRON”, zgodnie z art. 2 i 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE D 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679” z późn. zmianami.

.....  
***data i CZYTELNY podpis Beneficjenta***