

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Data

.....
Adres
.....

OŚWIADCZENIE

Proszę o przekazywanie moich świadczeń-**dofinansowania ze środków PFRON** na rachunek

bankowy w.....
Nazwa banku

□ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □
Numer konta

którego właścicielem jest.....

.....
Podpis Wnioskodawcy (Opiekuna)

W przypadku, gdy właścicielem konta jest inna osoba niż Wnioskodawca należy podpisać poniższą zgodę:

Oświadczam, że na podstawie art. 6 ust. 1a oraz art. 9 ust. 2a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Walczu i PFRON, zawartych w niniejszym oświadczeniu dla potrzeb związanych z realizacją zadania, do którego upoważnienie jest wymagany załącznikiem.

Podpis właściciela konta