

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(adres do korespondencji- jeżeli jest inny)

.....  
(telefon kontaktowy)

.....  
(e-mail)

Zarząd Fundacji NeuroPozytywni  
Ul. Górczewska 228/131  
01-460 Warszawa

## PODANIE

Proszę o umożliwienie mi gromadzenia środków (wpłat celowych) w ramach Programu Wsparcia Osób z Chorobami Mózgu „Impuls”.

.....

(podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację NeuroPozytywni moich danych osobowych (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami).

.....

(podpis)