

## WNIOSEK O ZAŁOŻENIE SUBKONTA

1. Dane Kandydata na Podopiecznego Stowarzyszenia "Apetyt na Życie"			
Imię i nazwisko			
Data urodzenia		PESEL	
Seria i nr dowodu tożsamości (Jeśli posiada)		Telefon kontaktowy	
E-mail			

2. Dane Rodziców/Opiekunów Kandydata na Podopiecznego Stowarzyszenia "Apetyt na Życie"			
Imię i nazwisko Matki/Opiekuna*			
Data urodzenia		PESEL	
Seria i nr dowodu tożsamości (Jeśli posiada)		Telefon kontaktowy	
E-mail			
Imię i nazwisko Ojca/Opiekuna*			
Data urodzenia		PESEL	
Seria i nr dowodu tożsamości (Jeśli posiada)		Telefon kontaktowy	
E-mail			

\*niepotrzebne skreślić



**3. Adres zamieszkania Kandydata na Podopiecznego Stowarzyszenia "Apetyt na Życie"**

Ulica/Wieś		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość			
Województwo					

**4. Zwracam się z uprzejmą prośbą o założenie subkonta w celu:**

<b>Proszę podać cel</b>

**5. Opis przebiegu choroby:**

<b>Proszę podać krótką historię choroby</b>



6. Oświadczenia i upoważnienie	
Oświadczam, że jestem Kandydatem/Rodzicem Kandydata/Opiekunem prawnym Kandydata* na Podopiecznego i wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.	
Czytelny odpis Kandydata/Rodzica/Opiekuna*	
Oświadczam, że zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminu Stowarzyszenia "Apetyt na Życie", który stanowi załącznik do tego wniosku.	
Czytelny odpis Kandydata/Rodzica/Opiekuna*	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 roku, Nr 101, poz. 926 z późn.zm.) przez Stowarzyszenie "Apetyt na Życie" w celu realizacji działań Stowarzyszenia.	
Czytelny odpis Kandydata/Rodzica/Opiekuna*	
Wyrażam zgodę i upoważniam Zarząd Stowarzyszenia "Apetyt na Życie" na weryfikację informacji dostarczonych Stowarzyszeniu.	
Czytelny podpis Kandydata/Rodzica/Opiekuna*	

7. Załączniki do wniosku	
Deklaracja członkostwa w Stowarzyszeniu "Apetyt na Życie".	TAK / NIE *
Dwie kopie Regulaminu otwierania i prowadzenia subkont dla Podopiecznych Stowarzyszenia Pacjentów z Niewydolnością Układu Pokarmowego "Apetyt na Życie".	TAK / NIE *
Dwa egzemplarze Porozumienia na otwierania i prowadzenia subkonta dla Kandydata.	TAK / NIE *
Oryginalne zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że Kandydat znajduje się aktualnie na leczeniu żywieniowym (zaświadczenie lekarskie lub wypis ze szpitala z taką informacją).	TAK / NIE *
Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności Kandydata, jeśli taki dokument posiada.	TAK / NIE *
Kserokopia dowodu osobistego Kandydata, jeśli taki dokument posiada.	TAK / NIE *
Kserokopia dowodu osobistego osoby reprezentującej Kandydata na Podopiecznego (przedstawiciela ustawowego).	TAK / NIE *
Karty informacyjne z leczenia szpitalnego.	TAK / NIE *

\*niepotrzebne skreślić



**8. Decyzja Zarządu Stowarzyszenia "Apetyt na Życie"**

Stowarzyszenie "Apetyt na Życie" wyraża/nie wyraża zgodę/y\* na utworzenie subkonta.\*

W przypadku pozytywnej decyzji zostaje nadany następujący numer subkonta dla Podopiecznego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*niepotrzebne skreślić

.....  
W imieniu Zarządu Stowarzyszenia "Apetyt na Życie"

