

Formularz zgłoszeniowy

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania:

Ulica

Miejscowość

Kod pocztowy

Województwo

Dane kontaktowe

Telefon

Adres email

Informacje o pacjencie

Wiek

Zakres urazu/paraliżu

Data urazu

Krótki opis sytuacji

Oświadczenia

- Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem Programu Po Urazie Rdzenia i przyjmam/em do wiadomości jego postanowienia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora (Fundację Moc Pomocy) moich danych szczególnej kategorii, a mianowicie danych dotyczących stanu zdrowia, celem przystąpienia do projektu Po Urazie Rdzenia.
- Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych kontaktowych oraz danych dot. stanu zdrowia do Bartosza Kaczmarka prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą Rehacompleks Bartosz Kaczmarek (ul. Litewska 2 lok. 68, 51-354 Wrocław) celem przedstawienia oferty.

Miejscowość, data

Podpis