



FUNDACJA  
NA RZECZ CHORYCH NA SM  
IM. BŁ. ANIELI SALAWY

.....  
(miejsowość, data)

**Fundacja na rzecz chorych na SM**  
**im. bł. Anieli Salawy**  
**ul. Dunajewskiego 5**  
**31-133 Kraków**  
**tel: 12 430 07 58**  
**e-mail: subkonto@fundacja-sm.org**

## Wniosek o założenie subkonta

Zwracam się z uprzejmą prośbą o założenie subkonta.

Pieniądze zgromadzone na moim subkoncie będą przeznaczone na:

- leki, środki higieniczne i suplementy diety,
- rehabilitację,
- turnusy rehabilitacyjne,
- sprzęt rehabilitacyjny,
- koszty związane z leczeniem.

Opis schorzenia: .....

.....

.....

.....

Imię (imiona) i nazwisko: .....

Hasło subkonta: .....

Data urodzenia: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Kod pocztowy: .... Miejsowość: .....

Adres do korespondencji: .....

Telefon kontaktowy: .....

E-mail: .....

Nr konta bankowego: .....

.....  
(podpis)

Adres

ul. Dunajewskiego 5  
Kraków, 31-133

NIP 676-001-75-41

KRS 00000 55578

REGON 350571668

Kontakt

[www.fundacja-sm.org](http://www.fundacja-sm.org)

Załączniki:

1. Karta szpitalna z oznaczeniem choroby lub zaświadczenie lekarskie.
2. Orzeczenie o niepełnosprawności<sup>1</sup>.
3. Zaświadczenie od lekarza na suplementy diety<sup>2</sup>.

Decyzja Zarządu Fundacji:

Fundacja, wyraża / nie wyraża zgodę/y\* na utworzenie subkonta.

Hasło SUBKONTA: .....

.....  
Prezes Fundacji

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację dla potrzeb niezbędnych do założenia oraz prowadzenia subkonta zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

---

<sup>1</sup>Jeśli Pan/Pani posiadają oświadczenie o niepełnosprawności.

<sup>2</sup>Jeżeli Pan/Pani przyjmują suplementy diety, które nie wynikają bezpośrednio z choroby wiodącej. \* niepotrzebne skreślić