

Miejscowość: ....., data .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania  
.....

**dot. wniosku nr ORT/...../...../SOW**

### **Zgoda na przełanie środków finansowych PFRON\***

Wyrażam zgodę na przełanie przyznanych środków finansowych PFRON dla Pana/Pani: .....  
..... na moje konto bankowe o numerze podanym we wniosku  
o dofinansowanie w ramach zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów

.....  
czytelny podpis właściciela konta bankowego

### **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ\***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej, al. Józefa Piłsudskiego 2, 41-300 Dąbrowa Górnicza oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa w celu przełania środków finansowych PFRON Wnioskodawcy w ramach zadania zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów.

Udzielona powyżej zgoda obejmuje następujące kategorie danych: imię, nazwisko, adres zamieszkania, nazwa banku i numer rachunku bankowego.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub usunięcia danych przetwarzanych na podstawie zgody, a także, że podanie tych danych jest dobrowolne.

.....  
czytelny podpis właściciela konta bankowego

\* wypełnia właściciel konta bankowego podanego we wniosku o dofinansowanie w ramach zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, jeżeli jest inny niż Wnioskodawca