

Data wpływu wniosku	Numer ewidencyjny

*(Wypełnia Koordynator ds. Polityki Społecznej Fundacji NEUCA dla Zdrowia)*

**WNIOSEK O WSPARCIĘ DLA INSTYTUCJI W RAMACH PROGRAMU  
WSPARCIA CHARYTATYWNEGO FUNDACJI NEUCA DLA ZDROWIA**

*(Wypełnia Wnioskodawca)*

**PODSTAWOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY - INSTYTUCJI**

<u>Pełna nazwa</u>	
Forma prawna	
Numer KRS	
Adres siedziby	
Numer telefonu	
Adres email	
Charakter i dziedziny działalności wg. statutu	

Przedstawiciel Wnioskodawcy wskazany do kontaktu (imię i nazwisko, telefon, e-mail):

Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WSPARCIA**

Cel wsparcia z uzasadnieniem (Uzasadnienie potrzeby realizacji wsparcia. W przypadku gdy wsparcie dotyczy podopiecznego/podopiecznych Instytucji, w uzasadnieniu należy opisać stan zdrowia podopiecznego/podopiecznych).

*Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem wsparcia ze strony Fundacji NEUCA dla Zdrowia. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa wniosku.*

Wykaz dokumentów. W przypadku wsparcia dla podopiecznego/podopiecznych Instytucji dokumenty potwierdzające stan zdrowia podopiecznego/podopiecznych. W przypadku wsparcia dla Instytucji statut, a także opis przedmiotu wsparcia oraz planowany budżet.

Forma wsparcia: *(wybrać jedną lub więcej i opisać)*

Wsparcie finansowe:
Kwota:
Wsparcie rzeczowe:
Inne:

Zapoznałam/em się z Regulaminem Przyznawania świadczeń w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia i akceptuję jego postanowienia.

.....  
(Data i czytelny podpis osoby reprezentującej Wnioskodawcę, Pieczęć)

*Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem wsparcia ze strony Fundacji NEUCA dla Zdrowia. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa wniosku.*

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych podopiecznego

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Fundację NEUCA dla Zdrowia z siedzibą w Toruniu przy ul. Forteczna 35-37, 87-100 Toruń danych osobowych ( podanych w powyższym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach ), w tym danych o stanie zdrowia

.....  
( imię i nazwisko osoby, której wsparcie dotyczy - podopiecznego )  
w celu niezbędnym do weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne dla realizacji wyżej podanego celu. Zgoda może być w każdym momencie wycofana, ale nie wpływa to na zgodność z prawem przetwarzania danych przed wycofaniem zgody. Zgodę można wycofać wysyłając wiadomość na maila kontakt@fundacjaneuca.pl.

Wycofanie zgody jest równoznaczne z wycofaniem wniosku o wsparcie w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia oraz rezygnacją ze wsparcia.

.....  
Data i czytelny podpis podopiecznego/  
rodzica, opiekuna, kuratora

### **Informacje o przetwarzaniu danych osobowych podopiecznych Instytucji w związku z działaniami mającymi na celu otrzymanie wsparcia charytatywnego**

Administratorem danych osobowych podopiecznych Instytucji podanych w powyższym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach jest Fundacja NEUCA Dla Zdrowia z siedzibą w Toruniu, przy ul. Forteczna 35-37, 87-100 Toruń.

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email [kontakt@fundacjaneuca.pl](mailto:kontakt@fundacjaneuca.pl) lub pisemnie pod wyżej wskazany adres siedziby. Z administratorem można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Dane osobowe, w tym dane o stanie zdrowia będą przetwarzane w celu:

- weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA Dla Zdrowia - podstawą prawną przetwarzania jest udzielona przez Panią/Pana zgoda, tj. art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia 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”).

Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora (m.in. dostawcom usług IT ) – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie z polecenia administratora.

Dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do zebrania i rozpatrzenia wniosków o wsparcie oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA Dla Zdrowia, chyba że wcześniej cofnie Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych oraz do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu realizacji wniosku.

Dane osób, którym przyznano świadczenie będą przechowywane do momentu do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Na Pani/Pana wniosek administrator dostarczy kopię danych osobowych

*Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem wsparcia ze strony Fundacji NEUCA dla Zdrowia. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa wniosku.*

podlegających przetwarzaniu, przy czym za wszelkie kolejne kopie, o które się Pani/Pan zwróci, administrator może pobrać opłatę w rozsądnej wysokości wynikającej z kosztów administracyjnych.

Ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest równoznaczne z wycofaniem wniosku o wsparcie w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia oraz rezygnacją ze wsparcia.

Ma Pani/Pan także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora swoich danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

Ma Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia.

### **Informacje o przetwarzaniu danych osobowych przedstawicieli Instytucji lub osób współpracujących z Instytucją w związku z działaniami mającymi na celu otrzymanie wsparcia charytatywnego**

Administratorem danych osobowych podanych w powyższym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach jest Fundacja NEUCA Dla Zdrowia z siedzibą w Toruniu, przy ul. Fortecznej 35-37, 87-100 Toruń.

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email [kontakt@fundacjaneuca.pl](mailto:kontakt@fundacjaneuca.pl) lub pisemnie pod wyżej wskazany adres siedziby. Z administratorem można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Dane osobowe będą przetwarzane w celu: weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA Dla Zdrowia, a następnie zawarcia i realizacji umowy darowizny - w przypadku udzielenia świadczenia - podstawą prawną przetwarzania danych będzie art. 6 ust. 1 lit. f) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (dalej: „RODO”), a uzasadnionym interesem administratora będzie możliwość weryfikacji i rozpatrzenia wniosku oraz zawarcie i realizacji umowy z Instytucją, w tym kontakt w sprawie zawarcia oraz jej wykonania.

Pani/Pana dane osobowe mogły zostać pozyskane przez administratora:

1. bezpośrednio od Pani/Pana,
2. z umowy darowizny,
3. udostępnione przez Instytucję, z którym łączy Panią/Pana umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna.

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w niezbędnym zakresie, w szczególności: imię (imiona), nazwisko, służbowy adres e-mail, służbowy numer telefonu.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane przez administratora podmiotom z nim współpracującym (odbiorcom), w szczególności dostawcom usług IT oraz podmiotom świadczącym usługi: księgowo-finansowe, archiwizacyjne, doręczania korespondencji i przesyłek, prawne – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:

1. Dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do zebrania i rozpatrzenia wniosków o wsparcie oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA Dla Zdrowia oraz do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu realizacji wniosku.
2. W przypadku przyznania świadczenia i zawarcia umowy darowizny dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy darowizny lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

Przysługują Pani/Panu następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

*Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem wsparcia ze strony Fundacji NEUCA dla Zdrowia. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa wniosku.*

- prawo dostępu do treści swoich danych,
- prawo do sprostowania danych osobowych,
- prawo do usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania,
- prawo wniesienia sprzeciwu - może Pani/Pan wnieść sprzeciw ze względu na swoją szczególną sytuację, na adres poczty elektronicznej: [kontakt@fundacjaneuca.pl](mailto:kontakt@fundacjaneuca.pl) lub na adres siedziby.

Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia.

*Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem wsparcia ze strony Fundacji NEUCA dla Zdrowia. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa wniosku.*

## OŚWIADCZENIE

Złożone w dniu..... przez.....  
.....  
w imieniu którego działają:  
.....  
.....

W związku z art. 18 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych  
(Dz. U. nr 54 z 2000r., poz. 654 z późn. zm.)

**oświadczamy, że:**

.....  
.....  
(nazwa podmiotu)

\* jest / nie jest organizacją, o której mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z 24.04.2003r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. nr 96 z 2003r., poz. 873), prowadzącą działalność społecznie użyteczną w sferze zadań publicznych, określoną w art. 4 tej ustawy.

Podpisy osób składających oświadczenie

.....