

**W przypadku, gdy rachunek bankowy należy do innej osoby niż Wnioskodawca prosimy o wypełnienie i podpisanie przez właściciela konta poniższego oświadczenia.**

Kluczbork, .....

.....

.....

.....

.....

Imię nazwisko i adres właściciela  
rachunku bankowego

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kluczborku, ul. Sienkiewicza 20B, 46-200 Kluczbork oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kluczborku na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku.
3. Dane podaję dobrowolnie i są one zgodne z prawdą.
4. Zapoznałem/am się z dołączoną do wniosku klauzulą informacyjną.

.....

Data i czytelny podpis