

**REGULAMIN WEWNĘTRZNY
POLSKIEGO TOWARZYSTWA WALKI z MUKOWISCYDOZĄ
"SUBKONTO"**

**po zmianach wprowadzonych przez Walne Zebranie Członków Towarzystwa, uchwałą nr 14
z dnia 4 maja 2012 r.**

1. Środki przekazywane Polskiemu Towarzystwu Walki z Mukowiscydozą (zwanemu dalej PTWM) przez osoby fizyczne i prawne w ramach darowizn, zgodnych z celami statutowymi PTWM, na rzecz osób chorych na mukowiscydozę, są własnością PTWM, które jest wyłącznym dysponentem otrzymanych środków.
2. Zarząd Główny PTWM, na pisemny wniosek osoby zainteresowanej (zwanej dalej beneficjentem), którą może być osoba pełnoletnia chora na mukowiscydozę mająca pełną zdolność do czynności prawnych lub przedstawiciel ustawowy osoby chorej na mukowiscydozę, otwiera subkonto i prowadzi jego obsługę.
3. Subkonto może być prowadzone wspólnie dla chorego rodzeństwa, z zastrzeżeniem postanowień punktu 21 poniżej.
4. Na subkoncie mogą być gromadzone darowizny finansowe przeznaczone dla chorego na mukowiscydozę, na cele związane z jego leczeniem i rehabilitacją. W przypadku wskazania przez darczyńcę przy jednej wpłacie darowizny finansowej danych chorego na mukowiscydozę rodzeństwa, jeżeli dla każdego z tych chorych są prowadzone odrębne subkonta, przekazane środki będą dzielone proporcjonalnie pomiędzy wszystkie subkonta posiadane przez to rodzeństwo.
5. Darczyńca ma prawo do określenia terminu wykorzystania przekazanej darowizny i zastrzeżenia jej zwrotu w razie przekroczenia wyznaczonego terminu.
6. Na subkonto nie są przyjmowane odpisy 1% podatku dochodowego przekazywane dla PTWM, również te, na których podatnik podaje nazwisko chorego.
7. Środki finansowe zgromadzone na subkoncie mogą być wykorzystane wyłącznie na następujące cele:
 - a. **leczenie** chorego na mukowiscydozę, w tym: zakup leków, pomoc psychologiczna, pokrycie kosztów badań diagnostycznych, pokrycie kosztów dojazdów do ośrodków leczniczych oraz koniecznych kosztów pobytu osoby chorej i opiekunów towarzyszących osobie chorej podczas jej leczenia; zakup środków wspomagających leczenie: np. środków specjalnego przeznaczenia dietetycznego, środków dezynfekcyjnych,
 - b. **rehabilitację** chorego na mukowiscydozę, w tym: zakup urządzeń rehabilitacyjnych, pokrycie kosztów dojazdów do ośrodków rehabilitacyjnych, kosztów turnusów i obozów rehabilitacyjnych dla chorego i jego opiekuna, kosztów dojazdu na turnusy i obozy rehabilitacyjne, wynagrodzenie fizjoterapeuty,
 - c. **aktywizację zawodową** chorego na mukowiscydozę w zakresie pokrycia kosztów kursów doskonalących – pod warunkiem wcześniejszej pisemnej akceptacji wydatków na takie cele przez Zarząd Główny PTWM udzielonej na wniosek beneficjenta,
 - d. **adaptację mieszkań** dla potrzeb chorego na mukowiscydozę – pod warunkiem wcześniejszej pisemnej akceptacji wydatków na takie cele przez Zarząd Główny PTWM udzielonej na wniosek beneficjenta,
 - e. **poszerzanie wiedzy na temat mukowiscydozy** przez chorego na mukowiscydozę lub jego opiekuna w zakresie pokrycia kosztów uczestnictwa w konferencjach i szkoleniach dotyczących mukowiscydozy – pod warunkiem wcześniejszej pisemnej akceptacji wydatków na takie cele przez Zarząd Główny PTWM udzielonej na wniosek beneficjenta,
 - f. **inne działania zmierzające do poprawy jakości życia chorego na mukowiscydozę** mieszczące się w celach statutowych PTWM – pod warunkiem wcześniejszej pisemnej akceptacji wydatków na takie cele przez Zarząd Główny PTWM udzielonej na wniosek beneficjenta.
8. Do założenia subkonta konieczne jest złożenie w PTWM następujących dokumentów:
 - a. pisemnej prośby o otwarcie subkonta;
 - b. zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego rozpoznanie mukowiscydozy u chorego/chorych, dla którego/których zakładane jest subkonto;
 - c. oświadczenia o sposobie zamieszczenia informacji o subkoncie na stronie internetowej PTWM, którego wzór stanowi załącznik do Regulaminu;
 - d. pisemnej zgody na przetwarzanie danych osobowych konieczne do prowadzenia subkonta, której wzór stanowi załącznik do Regulaminu;
 - e. podpisanego Regulaminu (podpisanie Regulaminu oznacza zobowiązanie beneficjenta do przestrzegania Regulaminu).
9. Otwarcie subkonta następuje po otrzymaniu przez sekretariat PTWM dokumentów wskazanych w punkcie 8.
10. Po otwarciu subkonta:
 - a. imię i nazwisko chorego oraz informacja o stanie subkonta są wprowadzane na stronę internetową PTWM;
 - b. sposób dostępu do informacji wskazanych pod lit. a), tj. dostępność dla wszystkich użytkowników internetu albo wyłącznie dla beneficjenta, zależy od pisemnej decyzji beneficjenta subkonta wyrażonej w oświadczeniu, o którym mowa w punkcie 8 lit. c);
 - c. beneficjent otrzymuje przesyłką poleconą, za potwierdzeniem odbioru, identyfikator oraz hasło dostępu, umożliwiające śledzenie poprzez internet zdarzeń dotyczących subkonta, oraz identyfikator i hasło dostępu umożliwiające telefoniczne uzyskiwanie informacji o zdarzeniach na subkoncie; wskazane identyfikatory i hasła beneficjent może również odebrać osobiście w sekretariacie PTWM.

11. Założyciel subkonta - PTWM - zaleca beneficjentowi rzetelne przedstawianie potrzeb chorego na mukowiscydozę w kontaktach z podatkami i mediami.
 12. W przypadku podejrzenia nierzetelności beneficjenta w założeniu lub prowadzeniu subkonta, w szczególności wykorzystywania środków zgromadzonych na subkoncie sprzecznie z zasadami określonymi w Regulaminie, Zarząd Główny PTWM zablokuje subkonto i pisemnie zażąda natychmiastowego wyjaśnienia. Dalsze funkcjonowanie subkonta będzie uzależnione od decyzji podjętej przez Zarząd Główny PTWM na jego najbliższym posiedzeniu, licząc od chwili zablokowania subkonta. Zarząd Główny PTWM może podjąć decyzję o zamknięciu subkonta, jeżeli uzna, że nierzetelność beneficjenta została potwierdzona. Decyzja o zamknięciu subkonta zostanie przesłana beneficjentowi na piśmie wraz z uzasadnieniem. W terminie miesiąca od otrzymania wskazanej decyzji, beneficjent może zaskarżyć ją do Głównego Sądu Koleżeńskiego, przesyłając pisemne odwołanie do sekretariatu PTWM. Orzeczenie Głównego Sądu Koleżeńskiego zapada w terminie miesiąca od wpływu odwołania do sekretariatu PTWM i jest ostateczne. W przypadku podtrzymania przez Główny Sąd Koleżeński decyzji o zamknięciu subkonta, zebrane na nim środki zostaną przeznaczone na realizację celów statutowych PTWM.
 13. Założyciel subkonta – PTWM – prowadzi subkonto:
 - a. imiennie - pod imieniem i nazwiskiem chorego/chorych na mukowiscydozę,
 - b. jawnie - wpisuje i udostępnia beneficjentowi subkonta kwoty przekazanych darowizn i daty ich wpłat oraz kwoty i numery faktur dokumentujących wypływ środków z subkonta
 - c. bez oprocentowania,
 - d. bezpłatnie.
 14. Informację o stanie subkonta beneficjent może otrzymać telefonicznie lub na stronie internetowej PTWM, przy wykorzystaniu indywidualnych identyfikatorów i haseł dostępu, o których mowa w punkcie 10 lit. c).
 15. Środki PTWM zgromadzone na subkoncie są wykorzystywane na udzielanie pomocy finansowej dla chorego/chorych na mukowiscydozę, dla którego/którego jest założone subkonto, przed innymi formami pomocy finansowej organizowanej przez PTWM. Jeżeli środki potrzebne beneficjentowi na cele wskazane w punkcie 7 przekraczają zasoby zgromadzone na subkoncie, środki z tego subkonta mogą być wypłacone łącznie ze środkami udzielanymi przez PTWM w ramach innych form pomocy.
 16. Zgromadzone na subkoncie środki finansowe są dostępne dla beneficjenta na podstawie następujących dokumentów dostarczonych do sekretariatu PTWM:
 - a. oryginału faktury wystawionej zgodnie z obowiązującymi przepisami (w tym faktury elektronicznej) obejmującej wyłącznie wydatki podlegające finansowaniu z subkonta, zgodnie z punktem 7, wystawionej na płatnika:

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
34-700 Rabka-Zdrój, ul. Jana Rudnika 3 b
NIP: 735-00-27-693
która w uwagach musi mieć zamieszczone imię i nazwisko chorego.

Faktura musi być opisana przez beneficjenta pod względem merytorycznym (np. „leki z tej faktury odebrałam i przeznaczyłam na leczenie mojego dziecka, [imię i nazwisko], chorego na mukowiscydozę”) – na fakturze lub na osobnej karcie ze wskazaniem numeru i daty faktury, której opis dotyczy,
 - b. oryginału dokumentu wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami (np. faktury, rachunku, biletu za przejazd komunikacyjny, itp.) potwierdzającego poniesienie wyłącznie wydatku podlegającego finansowaniu z subkonta, zgodnie z punktem 7; jeżeli dokumentem takim jest faktura, winna być wystawiona na chorego na mukowiscydozę (imię, nazwisko i adres chorego),
 - c. oświadczenia beneficjenta o długości trasy przejechanej samochodem w związku z dojazdem podlegającym finansowaniu z subkonta, zgodnie z punktem 7, zawierającego dokładne określenie terminu i celu tego dojazdu,
 - d. pisemnego wniosku o wypłatę środków z subkonta w oparciu o dokumenty wymienione pod lit. a) – c), który winien zawierać:
 - w przypadkach wskazanych pod lit. b): wskazanie imienia i nazwiska chorego, którego dotyczył wydatek, oraz określenie sposobu wykorzystania wydanych środków,
 - w przypadkach wskazanych pod lit. c): wskazanie imienia i nazwiska chorego, z którym związany był finansowany z subkonta dojazd,
 - w przypadkach wskazanych pod lit. b) i c) wskazanie sposobu przekazania środków z subkonta (wypłata gotówki w sekretariacie PTWM albo wskazanie konta do przelewu środków).
- Wypłata środków z subkonta następuje po dokonanej przez Zarząd Główny weryfikacji wskazanych powyżej dokumentów pod kątem ich zgodności z punktem 7. Zarząd Główny PTWM jest uprawniony, przed wypłatą środków, do zażądania od beneficjenta dodatkowych dokumentów lub wyjaśnień umożliwiających sprawdzenie, czy wydatkowane środki objęte wnioskiem o refundację z subkonta zostały przeznaczone na cele wskazane w punkcie 7.
17. Środki finansowe z subkonta są wypłacane:
 - a. w przypadku wskazanym w punkcie 16 lit. a) – przelewem na konto wystawcy faktury,
 - b. w przypadku wskazanym w punkcie 16 lit. b) i c) – beneficjentowi, w sposób wskazany przez niego we wniosku o refundację poniesionych wydatków,

- c. w przypadku wskazanym w punkcie 16 lit. c) – w kwocie zryczałtowanej stanowiącej iloczyn kwoty 0,5214 zł i liczby przejechanych kilometrów, na podstawie oświadczenia, o którym mowa w punkcie 16 lit. c).
18. Koszt przelewu i przekazu pocztowego obciąża subkonto.
 19. Dopuszcza się możliwość dobrowolnego przekazania przez beneficjenta części lub całości środków zgromadzonych na subkoncie na:
 - a. realizację celów statutowych PTWM lub fundusze celowe utworzone przez PTWM,
 - b. subkonto prowadzone przez PTWM dla innego chorego na mukowiscydozę.

Powyższa dyspozycja wymaga przekazania PTWM stosownego pisemnego oświadczenia beneficjenta/beneficjentów. Koszty przelewu operacji wskazanej pod lit. a) obciążają PTWM.

20. W przypadku subkonta prowadzonego dla jednego chorego na mukowiscydozę, z chwilą osiągnięcia przez niego pełnej zdolności do czynności prawnych, przejmuje on wszelkie prawa i obowiązki wynikające z prowadzenia subkonta. Zarząd Główny skieruje do każdego pełnoletniego chorego, w terminie dwóch tygodni od osiągnięcia przez niego pełnoletności, pismo z prośbą o podpisanie Regulaminu i złożenie oświadczeń wskazanych w punkcie 8 lit. c) i d) w terminie miesiąca od dnia otrzymania pisma Zarządu. Pismo Zarządu Głównego zostanie wysłane listem poleconym za potwierdzeniem odbioru. W przypadku złożenia przez chorego pełnoletniego oświadczenia o niewyrażeniu zgody na dalsze prowadzenie dla niego subkonta lub w przypadku braku odpowiedzi chorego na pismo Zarządu Głównego w wyznaczonym miesięcznym terminie, subkonto prowadzone dla tego chorego zostanie zamknięte, a środki na nim zgromadzone zostaną przeznaczone na potrzeby tego chorego, aż do ich wyczerpania. W przypadku wpływania do PTWM dalszych środków finansowych ze wskazaniem chorego, którego subkonto zostało zamknięte, za pisemną zgodą darczyńcy, środki te będą przeznaczone na cele statutowe PTWM.

Wysłanie przez Zarząd Główny do pełnoletniego chorego, dla którego prowadzone jest subkonto, pisma z prośbą o podpisanie Regulaminu i oświadczeń wskazanych w punkcie 8 lit. c) i d) nie jest konieczne, jeżeli przed upływem dwóch tygodni od osiągnięcia przez chorego pełnoletności podpisze on wskazane dokumenty osobiście w sekretariacie PTWM.

21. W przypadku subkonta prowadzonego dla rodzeństwa chorego na mukowiscydozę, z chwilą osiągnięcia przez jedno z nich pełnej zdolności do czynności prawnych, stosuje się odpowiednio postanowienia pkt 20, przy czym dla pełnoletniego chorego zakładane jest odrębne subkonto, a decyzja o podziale środków zgromadzonych na dotychczasowym subkoncie następuje w oparciu o zgodne oświadczenie woli, złożone w formie pisemnej przez dotychczasowego beneficjenta i chorego pełnoletniego.
22. Chory na mukowiscydozę posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, dla którego jest prowadzone subkonto, może złożyć w PTWM pisemne oświadczenie zawierające:
 - a. upoważnienie osoby pełnoletniej, wskazanej z imienia i nazwiska, do dysponowania środkami finansowymi z jego subkonta;
 - b. upoważnienie osoby pełnoletniej, wskazanej z imienia i nazwiska, do podjęcia decyzji o sposobie przeznaczenia środków z jego subkonta w przypadku śmierci tego chorego, zgodnie z punktem 23 poniżej,
 - c. dyspozycję określającą, zgodnie z punktem 23 poniżej, sposób przeznaczenia środków z jego subkonta w przypadku śmierci tego chorego - dyspozycja beneficjenta ma pierwszeństwo przed dyspozycją osoby wskazanej w punkcie 22 lit. b).

Wskazane oświadczenia chorego mają dla PTWM charakter wiążący

23. W przypadku zgonu chorego, niewykorzystane środki finansowe z prowadzonego dla niego subkonta zostaną przekazane na subkonto lub subkonta chorego na mukowiscydozę rodzeństwa zmarłego (w przypadku większej liczby pozostałego rodzeństwa, w proporcjonalny sposób). Jeżeli zmarły nie pozostawił chorego rodzeństwa:
 - a. środki z subkonta zostaną wykorzystane zgodnie z pisemną dyspozycją beneficjenta albo osoby wskazanej w punkcie 22 lit. b), przy czym środki te mogą być przekazane wyłącznie na:
 - realizację celów statutowych PTWM lub
 - fundusze celowe prowadzone przez PTWM lub
 - subkonto innego chorego;
 - b. w przypadku braku pisemnej dyspozycji, o której mowa pod lit. a), środki z subkonta zostaną przekazane na realizację celów statutowych PTWM.
24. W przypadku pisemnie potwierdzonej rezygnacji beneficjenta subkonta z jego dalszego prowadzenia zebrane środki zostaną przeznaczone na realizację celów statutowych PTWM.
25. Niniejszy Regulamin obowiązuje bezterminowo. Zmiany w jego brzmieniu mogą być wprowadzone uchwałą Walnego Zebrania Członków PTWM. Nowa wersja Regulaminu uwzględniająca uchwalone zmiany będzie doręczana listownie beneficjentom za potwierdzeniem odbioru i będzie ich wiązać, jeśli w terminie 30 dni od dnia otrzymania zmienionego Regulaminu nie wyślą na adres PTWM pisemnego oświadczenia o sprzeciwie wobec uchwalonych zmian.
26. Jeżeli beneficjent, w terminie wskazanym w punkcie 25, wyrazi pisemny sprzeciw wobec zmian Regulaminu uchwalonych przez Walne Zebranie Członków PTWM, subkonto zostanie zamknięte i nie będą na nie przyjmowane dalsze wpłaty darowizn

przekazywane PTWM z imiennym wskazaniem przez darczyńcę osoby chorej na mukowiscydozę, a środki zgromadzone na subkoncie zostaną wykorzystywane na potrzeby danego chorego, aż do ich wyczerpania, na zasadach wynikających z Regulaminu obowiązującego przed zmianami, których beneficjent nie zaakceptował. W przypadku wpłynięcia do PTWM dalszych darowizn ze wskazaniem chorego, którego subkonto zostało zamknięte, środki te będą przeznaczane na realizację celów statutowych PTWM.

27. W kwestiach nieuregulowanych Regulaminem mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

Niniejszym oświadczam, że:

- a) zapoznałam/em się z powyższym Regulaminem,
- b) jego postanowienia są dla mnie zrozumiałe,
- c) akceptuję powyższy Regulamin jako warunek otwarcia subkonta:

.....
Data i czytelny podpis osoby wnioskującej o otwarcie subkonta

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
PEŁNOLETNIEGO CHOREGO NA MUKOWISCYDOZĘ
BENEFICJENTA SUBKONTA**

Imię i nazwisko beneficjenta subkonta:

ADRES zamieszkania:

kod pocztowy: miejscowość:

ulica: nr domu: numer mieszkania:

ADRES do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania):

kod pocztowy: miejscowość:

ulica: nr domu: numer mieszkania:

tel.

numer konta bankowego:

Załączam zaświadczenie lekarskie potwierdzające rozpoznanie mukowiscydozy z dnia ____.

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie, obecnie i w przyszłości, wyżej wymienionych moich danych osobowych, jako osoby chorej na mukowiscydozę, przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, w celu założenia i prowadzenia subkonta na zasadach określonych w Regulaminie Wewnętrznym Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą „SUBKONTO”, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Równocześnie oświadczam, że:

(proszę zaznaczyć właściwe oświadczenie, wstawiając znak „X” w kwadrat przy oświadczeniu)

- Wyrażam zgodę** na udostępnienie na stronie internetowej PTWM mojego imienia i nazwiska, jako osoby, na rzecz której jest prowadzone subkonto, oraz stanu tego subkonta **wszystkim użytkownikom Internetu**. Celem takiego sposobu publikowania danych jest ułatwienie chorym pozyskiwania środków finansowych na leczenie i rehabilitację poprzez dodatkowe potwierdzenie osobom przekazującym darowizny wiarygodności osób zabiegających o wsparcie, jak też informowanie darczyńców o osobach najbardziej potrzebujących pomocy.
- Nie wyrażam zgody** na udostępnienie na stronie internetowej PTWM mojego imienia i nazwiska, jako osoby, na rzecz której jest prowadzone subkonto, oraz stanu tego subkonta wszystkim użytkownikom Internetu. Moje imię i nazwisko oraz stan prowadzonego dla mnie subkonta mogą być dostępne wyłącznie po zalogowaniu przy użyciu identyfikatora i hasła dostępu, o których mowa w pkt 10 lit. c) Regulaminu wewnętrznego PTWM „subkonto”.

Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. ustawy jest Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, ul. Jana Rudnika 3 b, 34-700 Rabka-Zdrój.

Moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna, zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych i ich poprawiania.

.....

data i czytelny podpis założyciela subkonta

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
NA PRZETWARZANIE WŁASNYCH DANYCH OSOBOWYCH
ORAZ DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA CHOREGO NA MUKOWISCYDOZĘ,
NA RZECZ KTÓREGO PROWADZONE JEST SUBKONTO**

Imię i nazwisko beneficjenta subkonta (rodzica/opiekuna prawnego):

.....

ADRES zamieszkania:

kod pocztowy: miejscowość:

ulica: nr domu: numer mieszkania:

ADRES do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania):

kod pocztowy: miejscowość:

ulica: nr domu: numer mieszkania:

tel.

numer konta bankowego:

Imię i nazwisko dziecka / Imiona i nazwiska dzieci chorego/chorych na mukowiscydozę dla którego/których jest zakładane subkonto:

.....
.....
.....
.....

Załączam zaświadczenie/a lekarskie potwierdzające rozpoznanie mukowiscydozy z dnia

_____.

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie, obecnie i w przyszłości, wyżej wymienionych danych osobowych moich i mojego/moich chorego/chorych na mukowiscydozę dziecka/dzieci przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, w celu założenia i prowadzenia SUBKONTA na zasadach określonych w Regulaminie Wewnętrznym Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą „SUBKONTO”, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Równocześnie oświadczam, że:

(proszę zaznaczyć właściwe oświadczenie, wstawiając znak „X” w kwadrat przy oświadczeniu)

- Wyrażam zgodę** na udostępnienie na stronie internetowej PTWM imienia i nazwiska mojego dziecka, jako osoby, na rzecz której jest prowadzone subkonto, oraz stanu tego subkonta **wszystkim użytkownikom Internetu**. Celem takiego sposobu publikowania danych jest ułatwienie chorym pozyskiwania środków finansowych na leczenie i rehabilitację poprzez dodatkowe potwierdzenie osobom przekazującym darowizny finansowe wiarygodności osób zabiegających o wsparcie, jak też informowanie darczyńców o osobach najbardziej potrzebujących pomocy.
- Nie wyrażam zgody** na udostępnienie na stronie internetowej PTWM imienia i nazwiska mojego dziecka, jako osoby, na rzecz której jest prowadzone subkonto, oraz stanu tego subkonta wszystkim użytkownikom Internetu. Imię i nazwisko mojego dziecka oraz stan prowadzonego dla niego subkonta mogą być dostępne wyłącznie po zalogowaniu przy użyciu identyfikatora i hasła dostępu, o których mowa w pkt 10 lit. c) Regulaminu wewnętrznego PTWM „SUBKONTO”.

Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. ustawy jest Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, ul. Jana Rudnika 3 b, 34-700 Rabka-Zdrój.

Moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna, zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do tych danych i ich poprawiania.

.....
data i czytelny podpis założyciela subkonta

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany _____ (*imię, nazwisko*), legitymująca/y się dowodem osobistym nr _____, **upoważniam** _____ (*imię, nazwisko*), legitymującego/legitymującą się dowodem osobistym nr _____, do dysponowania środkami finansowymi zgromadzonymi na SUBKONCIE prowadzonym dla mnie przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą w Rabce – Zdroju, zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Wewnętrznym Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą „SUBKONTO”.

(*miejsowość, data*)

(*podpis*)