…………………………………..

 (miejscowość, data)

**Wniosek o przyjęcie podopiecznego do fundacji „Złotowianka”**

**- osoba dorosła**

*( Prosimy o wypełnianie drukowanymi literami )*

**1.Dane kandydata**

Imię i nazwisko Kandydata . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . ………………………………………

Seria i numer dowodu osobistego: ………………………………...............................................

Zawód wyuczony:………………….…..zawód wykonywany:…………………………………

Data urodzenia: ……………………… Schorzenie…………………………………….....

**2. Adres zamieszkania**

Ulica/wieś . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Nr domu . . . . . . . . . Nr lokalu . . . . . . . ………

Kod pocztowy . . . . . . . . . . . . . . . . . Miejscowość . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Województwo . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefon …………………………………….E-mail ……………………………………………

**4. Osoba upoważniona do reprezentowania kandydata\***

Imię i nazwisko osoby upoważnionej ………………………………………………………….

Stopień pokrewieństwa:……………….Seria i numer dowodu osobistego:…………………...

Zawód wyuczony:………………….…..zawód wykonywany:…………………………………

Ulica/wieś . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Nr domu . . . . . . . . . Nr lokalu . . . . . . . ………

Kod pocztowy . . . . . . . . . . . . . . . . . Miejscowość . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Województwo . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Telefon…………………………………….E-mail ……………………………………………**

**Skąd dowiedzieli się Państwo o fundacji (proszę zakreślić właściwe)**

Internet, Od znajomego, PCPR, MOPS itp.

Inne, jakie?..................................................................................................…

Do Zarządu Fundacji „Złotowianka”

**Zwracam si**ę **z pro**ś**ba o przyjęcie mnie w poczet podopiecznych Fundacji „Złotowianka” .**

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z stanem rzeczywistym.

……………………………………

 ( Czytelny podpis )

\* osoba spokrewniona, która będzie reprezentować kandydata, w przypadku pogorszenia stanu zdrowia.