

ZGŁOSZENIE MARZYCIELA



Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Rodzeństwo:
(imiona i wiek)

Adres zamieszkania:

kod pocztowy:

Numer telefonu: komórka

dom

Diagnoza choroby:

Czy dziecko jest w stanie wyartykułować swoje marzenie? tak nie

Czy dziecko zdaje sobie sprawę z choroby? tak nie

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego:

Numer telefonu lekarza prowadzącego:

Placówka medyczna:

Adres placówki:

kod pocztowy:

Czy dziecko miało już spełnione marzenie przez fundację spełniającą marzenia w Polsce lub za granicą, lub czy jest zgłoszone do programu innej fundacji spełniającej marzenia?
 tak nie

Osoba zgłaszająca:

Numer telefonu: komórka

dom

praca

Stopień pokrewieństwa:

Skąd osoba zgłaszająca dowiedziała się o Fundacji Trzeba Marzyć?

Miejscowość i data

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powierzonych danych osobowych oraz o stanie zdrowia dziecka przez Fundację Trzeba Marzyć, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997r. Nr 133 poz. 883), do celów marketingowych, statystycznych oraz niezbędnych do wykonywania statutowych działań FTM.

Podpis.....

Wypełnioną ankietę prosimy przesłać pocztą na adres:

Fundacja Trzeba Marzyć 81-704 Sopot, Aleja Niepodległości 811,
faksem 0.602.141.561 lub zeskanowaną mailem na adres info@trzebamarzyc.org
W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt: +48.602.208.429.

Wypełnia wolontariusz Fundacji Trzeba Marzyć

Data przyjęcia zgłoszenia

Osoba przyjmująca zgłoszenie