

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
(ulica, numer domu)

.....
(kod pocztowy, miasto)

.....
(numer telefonu)

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
Ul. Rudnika 3B, 34-700 Rabka- Zdrój

OŚWIADCZENIE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH

Niniejszym informuję, że moje dane osobowe uległy zmianie i proszę o ich aktualizację w bazie członków i beneficjentów Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą.

Poprzednie dane osobowe:

.....

.....

Aktualne dane osobowe:

.....

.....

Powyższa zmiana danych dotyczy mnie oraz pozostałych członków mojej rodziny tj.:

1. (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

2. (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

3. (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

4. (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

5. (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

.....
(Podpis)