

.....  
(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)