

## UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/y \_\_\_\_\_ (imię, nazwisko), PESEL \_\_\_\_\_,

**upoważniam**

\_\_\_\_\_ (imię, nazwisko), PESEL \_\_\_\_\_,

do dysponowania środkami finansowymi zgromadzonymi na SUBKONCIE 1% „SUBKONCIE DAROWIZN” prowadzonym dla mnie przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą w Rabce – Zdroju, zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Wewnętrznym Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą „Prowadzenie subkont”.

Oświadczam, że uzyskałam/em zgodę od wskazanej w Upoważnieniu osoby na przekazanie jej danych do Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)