



.....
(miejsowość i data)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

BASE CAMP 2024 – obóz nauki chodu

Gdańsk, 12-15.09.2024 r.

(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Dane Beneficjenta:

IMIĘ I NAZWISKO:
ADRES:
WOJEWÓDZTWO / POWIAT:
PESEL:
TELEFON KONTAKTOWY*:
E-MAIL*:

* Nie wypełnienie pola kontaktowego we wniosku skutkuje odrzuceniem wniosku z powodu braku możliwości kontaktu z wnioskodawcą.

2. Przyczyna niepełnosprawności (tj. od kiedy istnieje niepełnosprawność, z jakiego powodu powstała niepełnosprawność, poziom amputacji kończyny):

--

3. Jak długo posiadasz protezę?

4. W jaki sposób poruszasz się na co dzień?

- Na wózku
- O kulach
- O jednej kuli
- W pomieszczeniu bez kul, na zewnątrz z pomocą kul
- Bez kul

5. Dystans możliwy do samodzielnego pokonania na zewnątrz z protezą o kulach:

- Mniej niż 200 m
- 200–500 m
- 500 m – 2 km
- Powyżej 2 km

6. Co chciałbyś(-abyś) poprawić w swoim sposobie poruszania się o protezie?

7. Skąd dowiedziałeś się o możliwości złożenia wniosku do Fundacji?

- z mediów społecznościowych (np. Facebook)
- z portalu internetowego
- z radia
- z telewizji
- od znajomego
- od pracowników Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu
- od pracownika ośrodka społecznego (jakiego?)

inne, jakie?
.....

8. Czy do tej pory korzystałeś(-aś) z dodatkowych rehabilitacji? Jeśli tak, to jakich (np. rehabilitacja domowa, rehabilitacja ambulatoryjna, pobyt w sanatorium, płatne turnusy rehabilitacyjne)?

9. Opisz pokrótce swoje aktualne dolegliwości bólowe:

.....
(data i podpis osoby składającej wniosek)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia i historii choroby, podanych w Formularzu zgłoszeniowym przez:

Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu, z siedzibą w Krakowie (30-408), ul. Odrzańska 13/2, KRS 0000749510,

w celu i w zakresie niezbędnym do otrzymania wsparcia, a następnie w celu możliwości zorganizowania przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu zajęć rehabilitacyjnych,

możliwości udzielania pomocy psychologicznej lub korzystania z konsultacji medycznych u specjalistów Fundacji z dziedzin ortopedii, podologii, fizjoterapii.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), że w przypadku otrzymania wsparcia, moje dane osobowe będą przekazywane osobom i podmiotom trzecim, potencjalnym darczyńcom, sponsorom, mediatorom, podmiotom leczniczym w celach: informacyjnych, promocji i marketingu wydarzenia, realizacji pomocy wskazanej w formularzu zgłoszeniowym, przez organizację finansującą obóz:

Fundację Poland Business Run z siedzibą w Krakowie (31-137) przy ul Siemiradzkiego 17/2, posiadająca REGON: 364424465, NIP: 6762507232, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000617320, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy KRS, tel. 123957811, e-mail: biuro@polandbusinessrun.pl

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z postanowieniami *Regulaminu udziału w obozie Base Camp 2023*.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wizerunku, w celu udostępniania zdjęć i materiałów audio-wideo, w ramach działalności promocyjnej, informacyjnej oraz marketingowej **Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu oraz Fundacji Poland Business Run**. **Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana.**

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym, wynikającym z art. 13 RODO, udostępnionym mi przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

**Załączniki do wniosku:
(proszę zaznaczyć)**

- Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*
- Dokumentacja medyczna

***wymagane do rozpatrzenia formularza**