



.....  
(miejsowość i data)

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

AMP WALK 2025

(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

### 1. Dane Beneficjenta:

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

\* Niewypełnienie pola kontaktowego we wniosku skutkuje odrzuceniem wniosku z powodu braku możliwości kontaktu z wnioskodawcą.

### 2. Kiedy i z jakiej przyczyny doszło do amputacji?

--

### 3. Poziom amputacji:

- a) powyżej kolana (amputacja na poziomie uda)
- b) poniżej kolana (amputacja na poziomie podudzia)
- c) wyłuszczenie w stawie biodrowym
- d) inny:

**4. Podaj swoje aktualne dolegliwości bólowe:**

**5. Choroby ogólnoustrojowe (zaznacz, jeśli występują):**

a) cukrzyca

b) nadciśnienie

c) niedoczynność/nadczynność tarczycy

d) zaburzenia neurologiczne (niedowład/spastyka/polineuropatia/inne)

e) depresja (inne choroby na tle psychicznym)

f) inne choroby, które wymagają ciągłego przyjmowania leków:

**6. Od jak dawna posiadasz protezę. Proszę podać nazwy komponentów protetycznych oraz rodzaj zawieszenia leja. Jak długo w ciągu dnia przebywasz w protezie?**

**7. 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

**8. 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

**9. Czy po amputacji byłeś już na spacerze po nierównym terenie? (ścieżki leśne, górskie)**

- Tak
- Nie

**11. 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?
- .....

.....  
(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, mediom, 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 wycieczce AMP WALK 2025*

.....  
(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**