

Imię i nazwisko

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby działania Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Wałbrzychu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz 922).

Data

.....

Czytelny podpis

.....