



Towarzystwo Opieki
nad Ociemniałymi w Laskach

Polecenie zapłaty

UWAGA: Proszę wypełnić identycznie obie części formularza i przesać na adres Towarzystwa

Niniejszym wyrażam zgodę na obciążanie przez:

Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi, Laski, ul. Brzozowa 75, 05-080 Izabelin, NIP: 527-020-99-13

wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze Polecenia Zapłaty niżej podaną kwotą w terminie do dnia każdego miesiąca.

Kwota darowizny: PLN

Otrzymuje Towarzystwo

Nazwa i dokładny adres darczyńcy
(taki jaki widnieje w banku):

Numer telefonu:

E-mail:

Numer rachunku bankowego darczyńcy:

- - - - - -

Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy darczyńcy:

Identyfikator płatności (wypełnia Towarzystwo):

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla wskazanego powyżej banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze Polecenia Zapłaty tytułem dokonania przeze mnie darowizny na rzecz Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji obciążenia mojego rachunku bankowego i obsługi mnie jako darczyńcy przez Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi. Jestem świadomy, iż przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych podanych w formularzu Polecenia Zapłaty wraz z możliwością ich poprawienia/zmiany/usunięcia. (Ustawa z dnia 29. sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 wraz z późniejszymi zmianami).

Miejscowość

Data

Podpis darczyńcy - właściciela rachunku bankowego
zgodny z bankową kartą wzoru podpisu



Towarzystwo Opieki
nad Ociemniałymi w Laskach

Polecenie zapłaty

UWAGA: Proszę wypełnić identycznie obie części formularza i przesać na adres Towarzystwa

Niniejszym wyrażam zgodę na obciążanie przez:

Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi, Laski, ul. Brzozowa 75, 05-080 Izabelin, NIP: 527-020-99-13

wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze Polecenia Zapłaty niżej podaną kwotą w terminie do dnia każdego miesiąca.

Kwota darowizny: PLN

Otrzymuje bank darczyńcy

Nazwa i dokładny adres darczyńcy
(taki jaki widnieje w banku):

Numer rachunku bankowego darczyńcy:

- - - - - -

Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy darczyńcy:

Identyfikator płatności (wypełnia Towarzystwo):

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla wskazanego powyżej banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze Polecenia Zapłaty tytułem dokonania przeze mnie darowizny na rzecz Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji obciążenia mojego rachunku bankowego i obsługi mnie jako darczyńcy przez Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi. Jestem świadomy, iż przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych podanych w formularzu Polecenia Zapłaty wraz z możliwością ich poprawienia/zmiany/usunięcia. (Ustawa z dnia 29. sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 wraz z późniejszymi zmianami).

Miejscowość

Data

Podpis darczyńcy - właściciela rachunku bankowego
zgodny z bankową kartą wzoru podpisu