



EDUKACYJNY PROGRAM STYPENDIALNY „SKRZYDŁA”

DEKLARACJA DLA OSÓB INDYWIDUALNYCH

NAZWISKO I IMIĘ _____

ULICA I NUMER DOMU _____

KOD POCZTOWY _____

MIEJSCOWOŚĆ _____

TELEFON KONTAKTOWY _____

E-MAIL _____

Deklaruję (wybrane zaznaczyć symbolem X):

- jednorazową wpłatę w wysokości _____
- regularne wpłaty w wysokości _____
 - przez okres I semestru w roku szkolnym 2017/2018 (5 miesięcy)
 - przez okres I i II semestru w roku szkolnym 2017/2018 (10 miesięcy)

na rzecz pokrycia kosztów związanych z utrzymaniem i nauką dziecka w szkole w ramach Edukacyjnego Programu Stypendialnego „Skrzydła”.

miejsowość i data

czytelny podpis

Caritas Archidiecezji Częstochowskiej PKO BP S. A. I O/Częstochowa
ul. Ks. Stanisława Staszica 5, 42-200 Częstochowa
09 1020 1664 0000 3802 0145 0634 z dopiskiem „Skrzydła”

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych, w zbiorach prowadzonych przez Caritas dla celów Edukacyjnego Programu Stypendialnego „Skrzydła”.

miejsowość i data

czytelny podpis