|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SYSTEM OSP** | **ID** |  |  |  |  |  |  |

# 

# ZGŁOSZENIE CZŁONKA OSP LUB CZŁONKA JEGO RODZINY

# O POZYSKANIE NA JEGO RZECZ ŚRODKÓW FINANSOWYCH POCHODZĄCYCH Z 1% PODATKU DOCHODOWEGO OD OSÓB FIZYCZNYCH

# Ochotnicza Straż Pożarna zgłasza przystąpienie swojego członka OSP/członka jego rodziny\* do pozyskanie na jego rzecz środków finansowych pochodzących z 1% podatku dochodowego od osób fizycznych przez Związek Ochotniczych Straży Pożarnych RP w ramach kampanii 1% dla Związku OSP RP w roku ………………

# DANE ZGŁASZAJACEJ OSP

1. **Nazwa**

|  |
| --- |
| OSP |

Reprezentowana przez:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię | Nazwisko | Funkcja | Podpis |
| 1 |  |  | PREZES |  |
| 2 |  |  | SKARBNIK |  |

1. Dane adresowe zgłaszającej OSP, telefon, fax

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Kod pocztowy* | *Ulica nr* |
| *Gmina* | *Powiat* | *Województwo* |
| *Telefon* | *E -mail* | *Fax* |

1. **Numery identyfikacyjne OSP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *NIP* | *REGON* | *KRS* |

# DANE ZGŁASZANEJ OSOBY

|  |
| --- |
| Podpisanie niniejszego wniosku jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Związek Ochotniczych Straży Pożarnych RP z siedzibą w Warszawie, przy  ul. Oboźnej 1, zwany  dalej również "ADO".  Można się z nami kontaktować w następujący sposób:  a) listownie: ul. Oboźna 1, 00-340 Warszawa  b) telefonicznie: (22) 509 50 50  **Inspektor ochrony danych.**  Możecie się Państwo kontaktować również z wyznaczonym przez ADO Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email [iod@zosprp.org.pl](mailto:iod@zosprp.org.pl).  **Cele i podstawy przetwarzania.**  Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe zawarte w formularzu w celu przyznania środków finansowych pochodzących z 1% podatku dochodowego od osób fizycznych  **Odbiorcy danych osobowych.**  Państwa dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom.  **Okres przechowywania danych.**  Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe przez okres 5 lat od końca roku kalendarzowego,  w którym zakończono proces wsparcia poprzez środki finansowe pochodzące z 1%.  **Prawa osób, których dane dotyczą.**  Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:  a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;  b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;  c) prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;  d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;  e) prawo do wniesienia skargi do Prezes UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych,  ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)  ………………………… …..…………………………….........  miejscowość, data czytelny podpis osoby zgłaszanej  lub osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w jej imieniu |

1. Dane osobowe członka OSP lub członka jego rodziny\*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię | Nazwisko | Funkcja członka | Stopień pokrewieństwa  z członkiem OSP \*\*  (w tym jego imię i nazwisko) |
| 1 |  |  |  |  |

1. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Kod pocztowy* | *Ulica nr* |
| *Gmina* | *Powiat* | *Województwo* |
| *Nr dowodu osobistego/legitymacji* | *PESEL* | *Telefon* |

# UZASADNIENIE ZGŁOSZENIA

* 1. Członka OSP poszkodowanego w zdarzeniach związanych z udziałem w działaniach ratowniczych, ćwiczeniach lub szkoleniach, bądź, który znalazł się w wyjątkowo trudnej sytuacji z innych przyczyn.

|  |
| --- |
|  |

* 1. Członka rodziny, który poniósł stratę w wyniku zdarzeń jakie poniósł członek OSP poszkodowany   
     w zdarzeniach związanych z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach.

|  |
| --- |
|  |

**Potwierdzam(y) prawdziwość danych i informacji podanych w zgłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………..  *(miejscowość, data)* | ………………………………………………………………...  *(pieczątki i podpisy Prezesa OSP oraz Skarbnika)* |

# OPINIE O ZGŁASZAJĄCEJ OSP I OSOBIE ZGŁOSZONEJ

1. **Opinia właściwego terytorialnie Prezydium Zarządu Oddziału Wojewódzkiego ZOSP RP**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………..  *(miejscowość, data)* | …………………………………………………………………...  *(pieczątki i podpisy)* |