



Caritas Archidiecezji Szczecińsko-Kamieńskiej

PROGRAM SKRZYDŁA

Deklaracja dla osób indywidualnych



Nazwisko i imię:.....

ulica i numer domu:.....

kod.....

miejsowość:.....

telefon:.....

e-mail

Deklaruję wpłacanie kwotyzł miesięcznie na pokrywanie kosztów związanych z utrzymaniem i nauką dziecka w szkole przez okres

- I semestru (5 miesięcy)**
- II semestrów (10 miesięcy)**
- inny**

na konto **Caritas Archidiecezji Szczecińsko-Kamieńskiej**
ul. Henryka Wieniawskiego 5, 71-142 Szczecin
21 1020 4795 0000 9302 0004 5757
z dopiskiem „Skrzydła”

Miejscowość i data

Podpis

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 Programu Skrzydła.

Miejscowość i data

Podpis