**WNIOSEK O REZYGNACJĘ Z „TAK”**

*Wniosek wypełnij drukowanymi literami. Pola wyboru zaznaczaj X.*

**TWOJE DANE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię | Nazwisko |
|  |  |
| Data urodzenia | Numer PESEL |
|  |  |
| Adres e-mail | Nr telefonu |
|  |  |

**DANE OSOBY REZYGNUJĄCEJ Z TAK**

*Wypełnij gdy* *wypełniasz wniosek w imieniu innych osób.*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię | Nazwisko |
|  |  |
| Data urodzenia | Numer PESEL |
|  |  |
| Adres e-mail\* | Nr telefonu\* |
|  |  |

**ZGODY I OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do przekazania Organizatorowi danych osobowych osób wskazanych we wniosku.

Oświadczam, że osoby wskazane we wniosku zostały poinformowane o celu i zakresie przetwarzania ich danych osobowych przez Organizatora w związku ze świadczeniem usługi.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem Programu TAK oraz akceptuję jego postanowienia.

\

…………………………………… ……………………………………………………………

(data) (podpis Wnioskodawcy)

**WYPEŁNIA PODMIOT WYDAJĄCY TWOJĄ AUGUSTOWSKĄ KARTĘ**

Data wpływu: …………………………… Numer wniosku: ……………………………

…..…………………………………………………..

(data, podpis i pieczęć osoby przyjmującej wniosek)