# MEDYCZNY PATROL – ZGŁOSZENIE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ja: (imię i nazwisko)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **zamieszkały/a:*** | **ulica:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **nr domu** | | | | | **nr mieszkania** | | | | | | | | | | | **kod pocztowy** | | | | | | | | | **-** | | | | | |
| **miejscowość** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

***(podaj adres korespondencyjny: ulicę, nr domu, kod, miejscowość)**

**jestem wolontariuszem Medycznego Patrolu i oferuję swoją nieodpłatną pomoc przy organizacji 24. Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w Warszawie.**

Oświadczam, iż na własny koszt dojadę do miejsca organizacji imprezy w dniu **9 stycznia 2016 r. do godz. 16.00**. W przypadku gdybym, mimo wysłanego zgłoszenia, nie mógł/mogła przyjechać, zobowiązuję się do **skutecznego** powiadomienia o tym Fundacji WOŚP najpóźniej do dnia **31 grudnia 2015 r.**

Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż ubezpieczeniem Medycznego Patrolu będę objęta/y od momentu zameldowania w hotelu „Aramis" do czasu wymeldowania, a w przypadku gdy nie będę korzystał/a z noclegu zapewnionego przez Fundację WOŚP ww. ubezpieczenie będzie obowiązywało tylko w dniu 24. Finału WOŚP tj. 10.01.2016 r. Ubezpieczenie nie obowiązuje w czasie podróży pomiędzy miejscem zamieszania a miejscem organizacji imprezy tj. Warszawą (tam i z powrotem).

**Zaznacz „ X" przy wybranej przez Ciebie opcji:**

☐ **Proszę o zarezerwowanie noclegu**

☐ **Rezygnuję z noclegu (np. mieszkam w Warszawie)**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Jeżeli Twoje dane kontaktowe uległy zmianie podaj je nam – zostaną zaktualizowane w bazie Medycznego Patrolu.** | **Nr telefonu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **e-mail** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy z siedzibą w Warszawie, ul. Dominikańska 19c, w celach związanych z członkostwem w Medycznym Patrolu oraz organizacją 24. Finału WOŚP, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 nr 1182 z późniejszymi zmianami).

---

(data / czytelny podpis)