**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ nadačního příspěvku**

na zdravotní péči  nekomerční zdravotní program  vzdělávání

*vhodnou variantu zaškrtněte*

**Povinné údaje žádosti:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení žadatele  (resp. zák.zástupce) | Bydliště žadatele  (resp. zák. zástupce) | Telefon | E-mail |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Člen OS KOVO:  ANO NE | **Vyjádření ZO OS KOVO k této žádosti:** | Žádám o příspěvek ve výši: |
| Název ZO OS KOVO:  Org.číslo: | Příspěvek od ZO OS KOVO / jiné nadace / osoby / pojištění / z jiných zdrojů:  ANO- výše: NE |

*vhodnou variantu zakroužkujte*

**Zdůvodnění žádosti:**

Já, níže podepsaná/ý………………….……, dat. nar. ……..…….., souhlasím se zpracováním výše uvedených i přiložených osobních údajů (jméno, bydliště, tel., email, fotografie aj.) Nadací Odborového svazu KOVO, IČ: 45247501 za účelem zpracování žádosti o příspěvek, včetně souvisejících úkonů jako je uvedení v zápisu a výroční zprávě, po dobu 10 let.

V …………………….. dne …………….. ..……………………………………..

podpis žadatele (zákonného zástupce)

---------------------------------------- *níže nevyplňovat – vyplní NADACE OS KOVO* --------------------------------------

Na NADACI OS KOVO došlo dne:

Projednáno Správní radou Nadace dne ……………………. s tímto výsledkem: