nám. W.Churchilla 1800/2
130 00 Praha

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: