

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA  
DANYCH OSOBOWYCH**

**(dotyczące przetwarzania rachunku bankowego,  
w celu przekazania dofinansowania ze środków PFRON)**

**(WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA LUB OSOBA UPOWAŻNIONA  
PRZEZ WNIOSKODAWCĘ)**

Wyrażam zgodę **na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących rachunku bankowego** przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żninie, przy ul. Szpitalnej 32, będące administratorem danych osobowych, w celu związanym z realizacją dofinansowania ze środków PFRON w ramach realizacji programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1.

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....  
Data, Imię i nazwisko Właściciela konta bankowego

**Uwaga:**

Należy wypełnić w przypadku gdy Wnioskodawca wskaże numer rachunku bankowego w formularzu wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”.