

Płock, dn. ....

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

.....

tel.....

#### Oświadczenie

W związku z deklarowaną chęcią przystąpienia do pilotażowego programu opieki na terenie Miasta Płocka, realizowanego przez BRAVECARE ApS Sp. z o.o. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Jagiellońskiej 88, bud. 30U, 00-992 Warszawa, we współpracy z Gminą Miasto Płock reprezentowaną przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku wyrażam zgodę na dobrowolne przekazanie moich danych podanych w oświadczeniu „BRAVECARE” w celu nawiązania kontaktu.

.....

Data

.....

Czytelny podpis