**Wniosek o wsparcie finansowe**

**imprezy sportowej / uczestnictwa indywidualnego / uczestnictwa drużynowego \***

**w imprezach sportowych**

Imię i nazwisko lekarza/ lekarza dentysty/ Numer PWZ

………………………………………………………………………………………………………………………

Aktualny adres zamieszkania

………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon E- mail

…………………………………………… …………………………………………………

Właściwy Urząd Skarbowy\*\*

………………………………………………….

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

………………………………………………………………………………………………………………………

Kwota wnioskowanego dofinansowania lub wysokość wpisowego………………………………………………..

Nazwa imprezy sportowej………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Data imprezy sportowej…………………………………………..…………………………………………………

Dotychczasowe osiągnięcia sportowe………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z dofinansowaniem imprezy sportowej przez Komisję ds. Integracji, Sportu i Wizerunku. Klauzula informacyjna dostępna na stronie [www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl) oraz w siedzibie Administratora.

…………………………………… …………………………………………………… *(data) (czytelny podpis i pieczątka)*

\*Niewłaściwe skreślić

\*\* Niezbędne w przypadku konieczności wystawienia PIT-u