**Wniosek o wsparcie finansowe imprezy integracyjnej**

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 ………………………….……………………………………………….

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

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

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

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

Krótki opis planowanej imprezy……………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z dofinansowaniem imprezy 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