

## REGULAMIN UDZIELANIA POMOCY PODOPIECZNYM FUNDACJI INSTYTUT FALE LOKI KOKI

### § 1.

Regulamin udzielania pomocy przez Fundację Instytut Fale Loki Koki z siedzibą pod adresem ul. Tadeusza Kościuszki 27, 85-079 Bydgoszcz, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0001035535, NIP: 1133095879, REGON: 525287558, zwaną dalej „Fundacją” lub „IFLK”, opracowany został w oparciu o statut Fundacji, która jest organizacją pozarządową posiadającą status Organizacji Pożytku Publicznego na mocy ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 r. Podlega weryfikacji i kontroli wydatkowania tych środków przez podmioty nadzorujące.

### § 2.

Celem działania Fundacji jest pomoc Podopiecznym w zakresie wskazanym w statucie Fundacji, w szczególności niesienie wsparcia i pomocy w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa społeczności branży fryzjerskiej oraz kosmetycznej.

### § 3.

Fundacja realizuje cele, o których mowa w § 2. prowadząc działalność o charakterze non profit.

### § 4.

#### CELE UDZIELANIA POMOCY PODOPIECZNYM

1. Fundacja udziela pomocy **na cele, które są ściśle związane z sytuacją zdrowotną/losową stanowiącą podstawę przyjęcia osoby potrzebującej do grona Podopiecznych** Fundacji i nie budzą wątpliwości pod względem rzetelności i wiarygodności.
2. Refundacji podlegają przede wszystkim koszty takie jak: turnusy rehabilitacyjne, wyjazdy zdrowotne rehabilitacja ruchowa, zajęcia usprawniające zabiegi lecznicze, terapia psychologiczna i psychoterapia, terapia logopedyczna, neurologopedyczna oraz inne terapie stymulujące rozwój lekarstwa przyjmowane na stałe i doraźnie, szczepionki, suplementy diety operacje, wizyty u specjalistów, sprzęt rehabilitacyjny, medyczny, ortopedyczny, sprzęt komputerowy, akcesoria komputerowe i oprogramowanie, **jeżeli część kosztów pokrywa PCPR, PFRON, MOPS lub zostały zalecone przez kompetentne w tym zakresie osoby**, suplementy diety i produkty specjalnego przeznaczenia zalecone przez lekarza (np. nutridrinki w chorobach nowotworowych) oraz inne koszty ze względu na szczególne przypadki losowe potwierdzone stosownymi dokumentami, oraz koszty związane z edukacją zakresu branży fryzjerskiej i kosmetycznej (kursy, szkolenia, certyfikaty).
3. Fundacja może udzielić wsparcia w formie refundacji kosztów oraz/lub wsparcia rzeczowego w związku z odbudową, uruchomieniem lub doposażeniem salonu fryzjerskiego. W szczególności wsparcie może obejmować:
  - a) refundację kosztów odbudowy/odtworzenia salonu fryzjerskiego, w tym prac remontowych i naprawczych oraz usług niezbędnych do przywrócenia możliwości świadczenia usług,
  - b) wsparcie fryzjerów w wyposażeniu lub doposażeniu salonu, w szczególności poprzez pokrycie kosztów zakupu lub współfinansowanie zakupu sprzętu, narzędzi, urządzeń oraz mebli fryzjerskich,

- c) wsparcie placówek edukacyjnych (np. szkół, pracowni, centrów kształcenia) w zakupie sprzętu, mebli fryzjerskich i profesjonalnych produktów przeznaczonych do nauki zawodu i zajęć praktycznych.
4. Zakres, wysokość i forma wsparcia są ustalane indywidualnie przez Fundację, w zależności od dostępnych środków i uzasadnionych potrzeb.
  5. Przystępując do grona Podopiecznych Fundacji, Podopieczny lub osoba reprezentująca Podopiecznego zobowiązuje się, że wszelkie środki pieniężne oraz pomoc rzeczowa gromadzone na jego rzecz będą wykorzystywane wyłącznie na realizację indywidualnych potrzeb Podopiecznego, pozostających w bezpośrednim związku z jego sytuacją zdrowotną, losową, edukacyjną lub społeczną, stanowiącą podstawę objęcia go wsparciem Fundacji, a mieszczących się w celach statutowych oraz formach działalności Fundacji, między innymi: turnusy rehabilitacyjne, wyjazdy zdrowotne rehabilitacja ruchowa, zajęcia usprawniające zabiegi lecznicze, terapia psychologiczna i psychoterapia, terapia logopedyczna, neurologopedyczna oraz inne terapie stymulujące rozwój lekarstwa przyjmowane na stałe i doraźnie, szczepionki, suplementy diety operacje, wizyty u specjalistów, sprzęt rehabilitacyjny, medyczny, ortopedyczny, sprzęt komputerowy, akcesoria komputerowe i oprogramowanie, **jeżeli część kosztów pokrywa PCPR, PFRON, MOPS lub zostały zalecone przez kompetentne w tym zakresie osoby**, suplementy diety i produkty specjalnego przeznaczenia **zalecone przez lekarza** (np. nutridrinki w chorobach nowotworowych) oraz inne koszty ze względu na szczególne przypadki losowe potwierdzone stosownymi dokumentami, oraz koszty związane z edukacją zakresu branży fryzjerskiej i kosmetycznej (kursy, szkolenia, certyfikaty).
  6. Środki te mogą być przeznaczane w szczególności na finansowanie lub dofinansowanie kosztów. Wykorzystanie środków może również obejmować inne formy wsparcia przewidziane statutem Fundacji, w tym pomoc finansową, rzeczową, informacyjną, konsultacyjną lub prawną, o ile pozostają one w zgodzie z celami Fundacji oraz indywidualną sytuacją Podopiecznego.
  7. Refundacji podlegają m.in.:
    - a) turnusy rehabilitacyjne, wyjazdy zdrowotne,
    - b) rehabilitacja ruchowa, zajęcia usprawniające zabiegi lecznicze, terapia psychologiczna i psychoterapia, terapia logopedyczna, neurologopedyczna oraz inne terapie stymulujące rozwój,
    - c) lekarstwa przyjmowane na stałe i doraźnie, szczepionki, suplementy diety,
    - d) operacje, wizyty u specjalistów,
    - e) sprzęt rehabilitacyjny, medyczny, ortopedyczny,
    - f) sprzęt komputerowy, akcesoria komputerowe i oprogramowanie, **jeżeli część kosztów pokrywa PCPR, PFRON, MOPS lub zostały zalecone przez kompetentne w tym zakresie osoby**,
    - g) suplementy diety i produkty specjalnego przeznaczenia **zalecone przez lekarza** (np. nutridrinki w chorobach nowotworowych),
    - h) koszty związane z edukacją zakresu branży fryzjerskiej i kosmetycznej (kursy, szkolenia, certyfikaty).
  8. Fundacja może udzielić wsparcia w formie refundacji kosztów oraz/lub wsparcia rzeczowego w związku z odbudową, uruchomieniem lub doposażeniem salonu fryzjerskiego. W szczególności wsparcie może obejmować:
    - a) **refundację kosztów odbudowy/odtworzenia salonu fryzjerskiego**, w tym prac remontowych i naprawczych oraz usług niezbędnych do przywrócenia możliwości świadczenia usług,
    - b) **wsparcie fryzjerów w wyposażeniu lub doposażeniu salonu**, w szczególności poprzez pokrycie kosztów zakupu lub współfinansowanie zakupu sprzętu, narzędzi, urządzeń oraz mebli fryzjerskich,
    - c) **wsparcie placówek edukacyjnych** (np. szkół, pracowni, centrów kształcenia) w **zakupie sprzętu, mebli fryzjerskich i profesjonalnych produktów** przeznaczonych do nauki zawodu i zajęć praktycznych.

## § 5.

### OSOBA WNIOSKUJĄCA O POMOC

Osobą wnioskującą o pomoc może być:

1. Pełnoletnia osoba potrzebująca pomocy.
2. Opiekun prawny osoby potrzebującej pomocy, jeżeli ta jest niepełnoletnia.
3. Pełnomocnik osoby pełnoletniej, jeżeli ta nie może sama występować w swoim imieniu.
4. Osoba z upoważnienia osoby potrzebującej pomocy na mocy pisemnego upoważnienia.

## § 6.

### REJESTRACJA PODOPIECZNEGO

1. Aby ubiegać się o status Podopiecznego FUNDACJI należy wypełnić **WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO GRONA PODOPIECZNYCH IFLK** dostępny w postaci elektronicznej na stronie internetowej Fundacji <https://instytutfalelokikoki.pl/> i przesłać wniosek elektronicznie wraz z wymaganymi załącznikami, przy czym niepełne wnioski lub wnioski zawierające nieudokumentowane informacje nie będą rozpatrywane z przyczyn formalnych.
2. Wniosek powinien zawierać dane osobowe kandydata na Podopiecznego i jego rodziców lub opiekunów prawnych - jeżeli zgłoszenie dotyczy osoby niepełnoletniej lub nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych - oraz dokładny opis sytuacji kandydata na Podopiecznego, w szczególności: imię i nazwisko, adres poczty elektronicznej, numer telefonu kontaktowego, adres zamieszkania, PESEL, informacje o stanie zdrowia (np. orzeczenie o niepełnosprawności), wizerunek kandydata na Podopiecznego wraz z podaniem celu pomocy, na który będą zbierane środki.
3. Do **WNIOSKU O PRZYJĘCIE DO GRONA PODOPIECZNYCH IFLK** należy dołączyć:
  - a) Oświadczenie obejmujące zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia Podopiecznego.
  - b) Oświadczenie obejmujące zgodę na rozpowszechnianie wizerunku Podopiecznego.
4. Wniosek może zostać wypełniony i wysłany przez osobę pełnoletnią, posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych. W przypadku osób niepełnoletnich lub nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych – wniosek może zostać wypełniony i wysłany przez rodziców bądź opiekuna prawnego kandydata na Podopiecznego. **WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO GRONA PODOPIECZNYCH IFLK** nie może być przekazany drogą mailową.

## § 7.

1. Fundacja rozpatruje wszystkie wnioski w terminie do **7** dni roboczych od dnia otrzymania przez Fundację kompletu wymaganych dokumentów. W przypadku otrzymania dużej liczby wniosków, Fundacja zastrzega sobie możliwość przedłużenia wskazanego terminu.
2. Fundacja zastrzega sobie prawo do wystąpienia do kandydata na Podopiecznego z prośbą o dodatkowe dokumenty ze względu na specyfikę wniosku, bądź sposobu udzielania przez Fundację pomocy w danym przypadku.
3. O przyznaniu statusu Podopiecznego FUNDACJI decyduje Zarząd Fundacji na podstawie analizy przesłanego **WNIOSKU O PRZYJĘCIE DO GRONA PODOPIECZNYCH IFLK** wraz załącznikami, przy czym Zarząd Fundacji może podjąć decyzję odmowy przyjęcia danej osoby do grona Podopiecznych bez konieczności podania przyczyny odmowy.
4. Decyzje Fundacji w sprawie przyznania lub odmowy przyznania pomocy są ostateczne i nie podlegają procedurze odwoławczej. Decyzja o przyznaniu pomocy może być uchylona lub zmieniona w razie naruszenia przez Podopiecznego postanowień Regulaminu.
5. W przypadku odmowy przyznania pomocy Fundacja przekaze osobie wnioskującej informację o nieprzyznaniu pomocy, a otrzymane dokumenty zostaną odesłane lub zniszczone.

## § 8.

Status Podopiecznego Fundacji umożliwia Podopiecznemu pozyskiwanie środków wyłącznie w związku z sytuacją zdrowotną/losową stanowiącą podstawę przyjęcia osoby potrzebującej do grona Podopiecznych IFLK.

## § 9.

### MOŻLIWOŚCI POZYSKIWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH PRZEZ PODOPIECZNEGO

1. Środki pieniężne pozyskiwane na rzecz Podopiecznego są gromadzone na indywidualnym subkoncie, które bezpłatnie prowadzi Fundacja.
2. Status Podopiecznego Fundacji umożliwia Podopiecznemu pozyskiwanie środków poprzez:
  - a) Darowizny na konto Fundacji:  
**BNP PARIBAS BANK POLSKA S.A.**  
66 1600 1462 1736 7667 6000 0001  
Tytułem: **Darowizna – unikalny numer identyfikacyjny ID** oraz imię i nazwisko Podopiecznego.
  - b) Przekazanie **1,5% podatku** na rzecz Fundacji, z wykorzystaniem celu szczegółowego (przy wskazaniu numeru KRS Fundacji: 0001035535, imienia i nazwiska Podopiecznego oraz jego unikalnego numeru identyfikacyjnego ID).
  - c) Dedykowane **STRONY ZBIÓREK** uruchamiane po wyrażeniu zgody Podopiecznego na etapie wypełniania we WNIOSKU O PRZYJĘCIE DO GRONA PODOPIECZNYCH IFLK.
  - d) Prowadzenie **ZBIÓRKI PUBLICZNEJ**. Po zgłoszeniu takiej potrzeby do Fundacji drogą mailową poprzez APLIKACJĘ CRM\_NGO następuje rejestracja zbiórki w MSWiA.
  - e) Dedykowane zbiórki koleżeńskie, kiermasze, akcje dobroczynne pod Patronatem Fundacji - wymagana jest pisemna zgoda Fundacji na prowadzenie akcji pod Patronatem i z wykorzystaniem logotypu Fundacji.

## § 10.

### ZASADY KSIĘGOWANIA ŚRODKÓW NA RZECZ PODOPIECZNEGO

1. Osoba przyjęta do grona Podopiecznych Fundacji otrzymuje unikalny nr identyfikacyjny ID przypisany do imienia i nazwiska lub nazwy kampanii społecznej, który **umożliwia automatyczne księgowanie środków przekazywanych na rzecz Podopiecznego** z różnych źródeł/płatności elektroniczne, wpłaty przez konto, wpłaty gotówki.
2. Podopieczni, którzy we WNIOSKU O PRZYJĘCIE DO GRONA PODOPIECZNYCH IFLK wyrazili zgodę na utworzenie automatycznej **STRONY ZBIÓRKI** mają dostęp do śledzenia postępów zbiórki i bieżących wpłat, które są księgowane automatycznie na dedykowanym PORTALU ZBIÓRKI poprzez system **APLIKACJA CRM\_NGO** po unikalnym numerze **ID Podopiecznego**.
3. Wpłaty na rzecz Podopiecznego poprzez PORTAL ZBIÓRKI są widoczne na STRONIE ZBIÓRKI niezwłocznie po dokonaniu wpłaty, przy czym Darczyńca sam decyduje czy chce podać swoje imię i nazwisko. czy dokonuje wpłaty jako Anonimowy Darczyńca.
4. Wpłaty bezpośrednie na konto Fundacji, które zawierają unikalny nr identyfikacyjny **ID Podopiecznego** wyświetlają się na STRONIE ZBIÓRKI niezwłocznie po zaksięgowaniu środków przez bank i widoczne są na stronie jako wpłaty anonimowe.
5. Podopieczni, którzy nie wyrazili zgody na utworzenie dedykowanej STRONY ZBIÓRKI widzą na swoim indywidualnym koncie w APLIKACJI CRM\_NGO/zakładka finanse - / łączną kwotę wpłat z różnych źródeł z wyodrębnieniem środków z 1,5%.

## §11.

Fundacja w swoich działaniach kieruje się zasadą solidaryzmu społecznego, dlatego **pierwszeństwo w uzyskaniu pomocy przysługuje osobom, które wspierają działania Fundacji** regularnymi/cyklicznymi darowiznami i/lub aktywnie działają na rzecz Fundacji i jej Podopiecznych - np. poprzez organizowanie, wspieranie i promowanie kampanii i akcji dobroczynnych Fundacji i pod jej patronatem.

## §12.

W celu efektywnego pozyskiwania środków na rzecz Podopiecznego Fundacja zastrzega sobie prawo do informowania potencjalnych Darczyńców o sytuacji zdrowotnej lub losowej Podopiecznego, np. poprzez redagowanie i publikowanie w mediach internetowych i tradycyjnych apeli o pomoc lub informacji na temat aktualnej sytuacji zdrowotnej/losowej Podopiecznego, na podstawie informacji przekazanych przez Podopiecznego do publikacji (w tym jego wizerunku i danych o stanie zdrowia), z uwzględnieniem unijnych i krajowych przepisów prawa o ochronie danych osobowych.

## § 13.

1. Wszystkie środki finansowe zgromadzone na koncie Fundacji pozostają własnością Fundacji, do czasu odpowiedniego nimi rozporządzenia przez Fundację.
2. Fundacja jest jedynym organem uprawnionym do zarządzania tymi środkami i podlega szczegółowym kontrolom właściwych organów kontrolujących prawidłowość wydatkowania tych środków.
3. Środki wpłacane ze wskazaniem konkretnego Podopiecznego będą mu przypisane i przeznaczone na zaspokojenie jego potrzeb. Fundacja może przeznaczyć część zgromadzonych środków na realizację innych celów statutowych, w tym na rzecz innych Podopiecznych Fundacji, jeżeli zostanie zrealizowany cel danego Podopiecznego i nastąpi nadwyżka środków na jego subkoncie.
4. W przypadku braku odpowiedniej ilości środków na subkoncie Podopiecznego, Fundacja może zaproponować Podopiecznemu zmianę celu, zakresu lub warunków pomocy, zaspokajając w ten sposób częściowo uzasadnione potrzeby Podopiecznego.

## § 14.

### REFUNDACJA KOSZTÓW LECZENIA

1. Osoba wnioskująca o refundację kosztów, wysyłając wniosek za pośrednictwem APLIKACJI CRM\_NGO oświadcza, że faktury i inne dokumenty przedłożone do refundacji nie były wcześniej refundowane przez Fundację ani z innego źródła, oraz że Podopieczny/opiekun prawny/pełnomocnik Podopiecznego jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą i stanem faktycznym.
2. Osobą wnioskującą o refundację kosztów może być wyłącznie Podopieczny/ opiekun prawny/ pełnomocnik Podopiecznego, czyli osoba, która dokonywała rejestracji Podopiecznego w APLIKACJI CRM\_NGO.
3. Wniosek o refundację kosztów dostępny jest wyłącznie w postaci elektronicznej, po zalogowaniu na indywidualne konto w APLIKACJI CRM\_NGO, w zakładce „Refundacja Kosztów”.
4. O przyznaniu środków finansowych dla poszczególnych Podopiecznych decyduje Zarząd Fundacji na podstawie analizy aktualnej sytuacji zdrowotnej/losowej Podopiecznego oraz na podstawie wniosku o refundację.
5. Refundacji podlegają wyłącznie faktury i rachunki gdzie:
  - a) **Widnieje imię i nazwisko Podopiecznego** oraz jego adres zamieszkania.
  - b) **Data wystawienia dokumentów księgowych nie przekracza 18 miesięcy/1,5 roku/** od daty złożenia dokumentu do refundacji.
  - c) Poniesione **koszty są ściśle powiązane z sytuacją zdrowotną/losową Podopiecznego stanowiącymi podstawę PRZYJĘCIA DO GRONA PODOPIECZNYCH IFLK.**  
**To znaczy – jeżeli podstawą przyjęcia osoby potrzebującej do grona Podopiecznych był nowotwór to refundacji nie podlegają np. leki, maści na trądzik związany z dojrzewaniem, ponieważ dojrzewanie nie stanowiło podstawy przyjęcia do grona Podopiecznych.**
  - d) **Koszty zostały faktycznie poniesione,** przy czym jeżeli sytuacja zdrowotna/losowa Podopiecznego uległa zmianie należy w APLIKACJI CRM\_NGO dokonać niezwłocznie aktualizacji opisu choroby, sytuacji losowej i załączyć stosowne dokumenty/zalecana aktualizacja przynajmniej raz w roku.

- e) Zakupione produkty/usługi przeznaczone są wyłącznie dla Podopiecznego w ścisłym związku z sytuacją zdrowotną/losową.
- f) Faktury **nie były wcześniej wykorzystane do refundacji z innych źródeł** - przy czym wykorzystanie faktur do refundacji z innych źródeł **lub ponowne wykorzystanie ich do refundacji przez IFLK** skutkuje obowiązkiem zwrotu przekazanych środków i utratą statusu Podopiecznego, a środki zaksięgowane na rzecz Podopiecznego zostają przesunięte na wsparcie innych Podopiecznych lub realizację celów statutowych IFLK o czym decyduje Zarząd Fundacji.
- g) Każdy dokument potwierdzający poniesione koszty powinien być **podpisany** przez Podopiecznego/opiekuna prawnego i opisany jeżeli nie wynika to z jednoznacznie z opisu faktury/np. na fakturze jest usługa medyczna – wtedy wymagany jest opis np. rehabilitacja ruchowa.
- h) Jeżeli na fakturze znajdują się leki należy hasłowo opisać każdy lek, **tak aby z opisu jasno wynikało**, że lek został zakupiony w związku z **sytuacją stanowiącą podstawę przyjęcia do grona Podopiecznych IFLK oraz załączyć e-receptę lub wskazać w opisie, czy jest to lek na zlecenie lekarza czy bez zlecenia. Wzór prawidłowo opisanej i podpisanej faktury stanowi Załącznik 1. do Regulaminu.**
- i) Fundacja zastrzega sobie prawo do wglądu do zaświadczeń i zleceń lekarskich, które Podopieczny jest zobowiązany dostarczyć/przesłać elektronicznie na prośbę Fundacji.
6. **APLIKACJI CRM\_NGO** w jednym wniosku o refundację **można załączyć do 20 pozycji**, przy czym pozycje powiązane z głównym kosztem liczone są przez system jako osobne pozycje.
7. Do jednej pozycji wniosku można wgrać od 1 do 3 załączników. **Mogą to być np.:**
1. Zał. 1 – nieopłacona faktura,
  2. Zał. 2 - potwierdzenie opłacenia faktury,
  3. Zał. 3 - e-recepta dostępna na stronie [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl) lub zaświadczenie lekarza o konieczności przyjmowania danego leku, jeżeli nie jest to lek na receptę.
8. **KOSZTY DOJAZDÓW** oraz inne koszty **powiązane z leczeniem poza miejscem zamieszkania**, np. koszt noclegu, biletu kolejowego, itp. podlegają refundacji wyłącznie wtedy, gdy do pozycji głównej załączony został dokument potwierdzający odbytą wizytę lekarską, terapię lub rehabilitację **poza miejscem zamieszkania**.

W celu refundacji kosztów powiązanych:

1. Wklej w pozycji głównej **dokument potwierdzający leczenie poza miejscem zamieszkania** – jeżeli leczenie było refundowane np. przez NFZ w pozycji WNIOSKOWANA KWOTA wpisz: 0 zł, jeżeli leczenie nie podlegało refundacji dołącz jako załącznik dokument/y potwierdzające poniesione koszty:

NOWA POZYCJA:

**WAŻNE - ZAPOZNAJ SIĘ**

1. Do wniosku **dołączysz pozycję główną** - np. fakturę czy rachunek za leczenie.
2. Jeżeli **faktura nie jest opłacona** wgraj załącznik nr. 2 potwierdzający jej opłacenie.
3. Do **pozycji głównej** możesz dodać pozycje powiązane/dodatkowe - np. **koszt biletu, noclegu, paliwa**.
4. Aby koszt powiązany/dodatkowy został zakwalifikowany do refundacji **pozycja główna** powinna zawierać dokument potwierdzający wizytę poza miejscem zamieszkania (np. fakturę za leczenie w danym dniu lub dokument potwierdzający wizytę lekarską).
5. Jeżeli wizyta była refundowana np. przez NFZ lub z innego źródła - w **pozycji głównej** w rubryce koszt - wpisz 0 zł.

Numer faktury/dokumentu	Wnioskowana Kwota	Hasłowy opis kosztu
<input type="text" value="W przypadku braku - zostaw p."/>	<input type="text" value="120,87"/>	<input type="text" value="Hasłowy opis - czego dotyczy koszt."/>

**WGRAJ DO TRZECH ZAŁĄCZNIKÓW (wymagany min. 1):**

Załącznik nr. 1 (np. faktura, rachunek)	Załącznik nr. 2 (np. potwierdzenie płatności)	Załącznik nr. 3 (inne)
<input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku	<input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku	<input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku

2. **Aby zrefundować koszty powiązane** rozwiń menu, które znajduje się przy pozycji głównej po prawej stronie/trzy kropeczki/ i wybierz: + POWIĄZANY KOSZT:

**Zestawienie kosztów**

Lp.	Status	Nr faktury/dokumentu	Kwota	Przyznano	Opis faktury/dokumentu	Załączniki	Akcje
1	Brak statusu	1/07/2024	120.00	0.00	rehabilitacja	Załącznik 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edytuj</li> <li>+ Powiązany koszt</li> <li>Usuń załącznik 1</li> <li>+ Załącznik</li> <li>Usuń całą pozycję</li> </ul>

**Podsumowanie wniosku**

3. Następnie wybierz rodzaj kosztu powiązanego i postępuj zgodnie z instrukcją w systemie.

Jeżeli kosztem powiązaniem jest koszt paliwa wystarczy wpisać ilość kilometrów uwzględniając najkrótszą trasę + w opisie wskazać trasę przejazdu – system sam wyliczy koszt paliwa na podstawie uśrednionej stawki za paliwo – aktualnie 0,7 zł/km dla samochodu osobowego:

**Zestawienie kosztów**

Lp.	Status	Nr faktury/dokumentu	Kwota	Przyznano	Opis faktury/dokumentu	Załączniki	Akcje
1	Brak statusu	1/07/2024	120.00	0.00	rehabilitacja	Załącznik 1	⋮
↳	Brak statusu	KOSZT PALIWA   Paliwo za 84.00zł   Trasa 120 KM   Opis: Bydgoszcz-Toruń-Bydgoszcz					⋮
↳	Brak statusu	KOSZT NOCLEGU   Nocleg za 120.00zł   Opis: Nocleg - Toruń				Załącznik 1	⋮

+ Dodaj pozycję

9. Refundacji nie podlegają faktury, rachunki i inne dokumenty księgowe, które:
- są nieczytelne, zamazane, nie skopiowane w całości,
  - które nie wynikają jednoznacznie ze wskazania lekarza lub specjalisty w powiązaniu z chorobą/sytuacją losową Podopiecznego,
  - nie zawierają podpisu Podopiecznego/opiekuna prawnego,
  - nie mają jasnego, czytelnego opisu wskazującego na powiązanie poniesionych kosztów w związku z sytuacją zdrowotną /losową,
  - zostały wykorzystane do refundacji z innych źródeł /np. z NFZ, innych fundacji, stowarzyszeń, itp.,
  - nie odpowiadają przepisom prawa pod względem formalnym i merytorycznym,
  - budzą wątpliwości pod względem celowości wydatkowania środków publicznych oraz należytej rzetelności i staranności w ich opisie.
10. Fundacja może odmówić refundacji kosztów leczenia, terapii i rehabilitacji, jeżeli na rzecz Podopiecznego nie są zaksięgowane wystarczające środki finansowe.
11. **Wnioski o refundację rozpatrywane są w najszybszym możliwym terminie, nie dłużej niż w ciągu 30 dni roboczych od daty złożenia wniosku.**

### § 15.

- Fundacja zastrzega sobie prawo do wglądu do oryginałów dokumentów przesłanych przez Podopiecznego za pośrednictwem APLIKACJI CRM\_NGO (np. zaświadczeń, faktur i rachunków), na podstawie których dokonana została refundacja.

2. Podopieczny/opiekun prawny/pełnomocnik jest zobowiązany do zbierania oryginałów dokumentów, których kopie zostały przekazane Fundacji w związku refundacją kosztów i przechowywania ich przez okres 5 lat od daty złożenia dokumentów do refundacji.

#### § 16.

Świadome wprowadzenie w błąd Zarządu Fundacji, co do celu zbiórek prowadzonych na rzecz Podopiecznego oraz co do celowości refundacji kosztów lub wykorzystanie dokumentów potwierdzających poniesione koszty do refundacji z innych źródeł może skutkować wykluczeniem z grona Podopiecznych, wstrzymaniem przekazania środków lub koniecznością zwrotu udzielonej pomocy finansowej i skierowania sprawy na drogę sądową.

#### § 17.

1. Zarząd Fundacji może podjąć decyzję o wykreśleniu Podopiecznego z grona osób potrzebujących pomocy lub o wstrzymaniu wypłaty środków finansowych jeżeli:
  - a) Podopieczny/opiekun prawny zwróci się do Fundacji z pisemną prośbą o wykreślenie.
  - b) Podopieczny/opiekun prawny w ciągu 2 lat nie kontaktował się z Fundacją i nie poinformował o aktualnym stanie swojego zdrowia dokonując aktualizacji w APLIKACJI CRM\_NGO.
  - c) Przedłożona dokumentacja medyczna nie odzwierciedla sytuacji zdrowotnej Podopiecznego, na którą powołuje się on we wniosku.
  - d) Przedłożona dokumentacja i/lub opis sytuacji zdrowotnej lub losowej nie są zgodne ze stanem faktycznym.
  - e) Podopieczny/opiekun prawny zataił fakt wyleczenia i nie poinformował o tym Fundacji.
  - h) Przedłożone dokumenty zostały wykorzystane do refundacji z innych źródeł /np. z NFZ, innych fundacji, stowarzyszeń, itp.

#### § 18.

W przypadku wykreślenia Podopiecznego z grona osób potrzebujących pomocy decyzją Zarządu Fundacji lub na własną prośbę osoby wnioskującej o pomoc, środki finansowe zgromadzone na rzecz Podopiecznego mogą zostać przeznaczone na:

- a) rzecz innych Podopiecznych Fundacji w celu ratowania ich życia i zdrowia,
- b) cele zgodne ze statutem Fundacji.

#### § 19.

### ŚMIERĆ PODOPIECZNEGO

1. W przypadku śmierci Podopiecznego najbliższa rodzina zobowiązana jest do niezwłocznego przekazania takiej informacji oraz rozliczenia kosztów poniesionych na leczenie Podopiecznego nie później niż w ciągu 90 dni od daty jego śmierci.
2. Środki, które po rozliczeniu pozostaną na koncie Podopiecznego mogą być przeznaczone na:
  - a) Wsparcie rodziny po śmierci Podopiecznego, po analizie sytuacji rodzinnej (do 10 tys. zł).
  - b) Na rzecz wsparcia edukacji lub leczenia małych dzieci, **osieroconych dzieci do ukończenia 25 roku życia**, przy czym konieczna jest rejestracja dzieci jako Podopiecznych IFLK i nadanie nowego numeru ID.
  - c) Na rzecz innych Podopiecznych Fundacji w celu ratowania ich życia i zdrowia.
  - d) Na cele zgodne ze statutem Fundacji.

#### § 20.

Podopieczny/opiekun prawny Podopiecznego zobowiązany jest do:

- 1) dokonywania przynajmniej raz w roku weryfikacji i aktualizacji informacji zgromadzonych na swoim koncie w APLIKACJI CRM\_NGO,

- 2) niezwłocznej aktualizacji danych osobowych w APLIKACJI CRM\_NGO w przypadku zmiany nazwiska, adresu do korespondencji, adresu e-mail, numeru telefonu do kontaktu, a także do aktualizacji dokumentów potwierdzających sytuację zdrowotną/losową,
- 3) aktualizacji w APLIKACJI CRM\_NGO swojego zdjęcia profilowego przeznaczonego do publikacji w szczególności na stronie internetowej Fundacji, w mediach społecznościowych Fundacji i materiałach informacyjnych oraz na stronach internetowych partnerów Fundacji, w celu gromadzenia środków finansowych i/lub prowadzenia kampanii dobroczynnych na rzecz Podopiecznego.

#### § 21.

Fundacja nie udziela informacji dotyczących danych osobowych Darczyńców przekazujących darowizny na rzecz Podopiecznych, chyba że Darczyńca zdecyduje inaczej i złoży stosowne oświadczenie pisemne.

#### § 22.

Obowiązek podatkowy spoczywa po stronie obdarowanego – Podopiecznego.

#### § 23.

Darowizny przekazane na konto Fundacji, na podstawie obowiązującego prawa, podlegają odliczeniu od podstawy opodatkowania.

#### § 24.

Status DARCZYŃCY nabywają osoby, które przekazały przynajmniej jednorazową darowiznę nie mniejszą niż 10 złotych. Status ten uprawnia do korzystania z wybranych programów dedykowanych darczyńcom Fundacji.

#### § 25.

##### DANE OSOBOWE

1. Administratorem danych osobowych gromadzonych w związku realizacją celów statutowych Fundacji (w tym z udzielaniem pomocy Podopiecznym) jest Instytut Fale Loki Koki z siedzibą pod adresem ul. Tadeusza Kościuszki 27, 85-079 Bydgoszcz (dalej: Administrator). Kontakt z Administratorem możliwy jest za pośrednictwem telefonu: + 48 663 636 380 oraz adresu e-mail: kontakt@instytutflk.pl. Administrator jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo przekazanych danych osobowych oraz przetwarzanie ich zgodnie z przepisami prawa.
2. Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z przepisami ogólnego rozporządzenia 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).
3. Szczegółowe informacje na temat zasad przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie internetowej Fundacji pod adresem <https://instytutfalelokikoki.pl/informacje-prawne/#odo> (dokument o nazwie „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dla podopiecznych Fundacji „Instytut Fale Loki Koki” i opiekunów prawnych”).

#### § 26.

Złożenie Wniosku o przyjęcie do grona Podopiecznych IFLK jest równoznaczne z zapoznaniem się i akceptacją Regulaminu. Załączniki stanowią nierozłączną część Regulaminu.

#### § 26.

1. Fundacja zastrzega sobie prawo do zmian i aktualizacji w Regulaminie, w tym w przypadku zmiany powszechnie obowiązujących przepisów prawa, wydania orzeczenia lub decyzji przez sąd lub organ administracji publicznej, zmiany funkcjonalności APLIKACJI CRM\_NGO, zmiany statutu Fundacji.
2. W przypadku wprowadzenia zmian w Regulaminie, o których mowa powyżej, Fundacja powiadomi o zmianach w szczególności poprzez przesłanie zmienionego Regulaminu osobom korzystającym z APLIKACJI CRM\_NGO (na adres poczty elektronicznej przypisany do indywidualnego konta

użytkownika) oraz publikację Regulaminu na stronie internetowej Fundacji pod adresem <https://instytutfalelokikoki.pl/informacje-prawne/>.

3. Zmiany w Regulaminie wchodzi w życie po upływie 14 dni od podania ich do wiadomości, o ile Regulamin nie wskazuje innego terminu.
4. W sprawach nieuregulowanych w Regulaminie mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

#### ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik 1. Wzory prawidłowo podpisanych i opisanych faktur

Załącznik 2. Wzór oświadczenia obejmującego zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia Podopiecznego

Załącznik 3. Wzór oświadczenia obejmującego zgodę na rozpowszechnianie wizerunku Podopiecznego

**ZALĄCZNIK 1.**

Prawidłowo opisana i podpisana faktura złożona do refundacji przyspiesza znacząco refundację kosztów. Wzory prawidłowo **podpisanej i opisanej:**

**WZÓR**  
PRAWIDŁOWO OPISANA I PODPISANA FAKTURA

---

**Sprzedawca:** Cefarm Śląski Sp. z o.o.  
40-027 Katowice, ul. Francuska 35  
**Apteka Dr. Max**  
02-507 Warszawa, Woloska 137  
Zeswól.: WIF-Z-1142003  
NIP:954-00-02-237 Regon:272045210  
**Bank:** Santander Bank Polska Spółka Akcyjna  
Konto: 58 1090 1056 0000 0001 5276 7967  
**Numer rejestrowy:** BDO:000078644

**Faktura VAT nr 163.**  
Oryginał/Kopia

---

**Nabywca:**  IMIE I NAZWISKO PODOPIECZNEGO/EJ  
PESEL:

**ADRES**  
PESEL:

Data wystawienia: 29.07.2025 Forma zapłaty: Karta  
Data sporządzenia: 29.07.2025  
Data płatności: 29.07.2025

Lp.	Nazwa	J.m.	Ilość	Cena przed rab.	% rab.	Cena brutto	Wartość brutto	% VAT	Kwota VAT	Wartość netto	Zapłata	
1	Nutridrink Protein TRUSKAWKA 1szt-125ml	op	4	11,25	0	11,25	45,00	5	2,14	42,86	45,00	
2	Nutridrink Protein NEUTRALNY 1 szt-125 ml	op	4	11,25	0	11,25	45,00	5	2,14	42,86	45,00	
3	Nutridrink Protein Omega 3 Mango-brzozost	op	4	13,75	0	13,75	55,00	5	2,62	52,38	55,00	
4	Essentialle forte 50kaps.	op	1	26,99	0	26,99	26,99	8	2,00	24,99	26,99	
5	Pyralgina tabl. 0,5 g 20 tabl!!!!	op	1	29,99	0	29,99	29,99	8	2,22	27,77	29,99	
6	Transteo 52,5 mg/ml x 5 piasetr 30mg	op	2	88,31	0	88,31	176,62	8	13,08	163,54	11,60	
7	Toricar tabl.powl. x 50 tabl 6.5mg	op	1	25,78	0	25,78	25,78	8	1,91	23,87	3,20	
8	Melochloramidum C.01. x 50 tabl	op	1	35,49	0	35,49	35,49	8	2,83	32,66	35,49	
9	Atossa tabl. 8 mg 10 tabl.	op	1	45,44	0	45,44	45,44	8	3,37	42,07	3,20	
<b>Razem</b>							<b>485,31</b>				<b>255,47</b>	
<i>w tym:</i>												
							<b>340,31</b>	<b>8</b>	<b>25,21</b>	<b>315,10</b>		
							<b>145,00</b>	<b>5</b>	<b>6,90</b>	<b>138,10</b>		
<b>Razem</b>									<b>32,11</b>	<b>483,20</b>		

**KONIECZNY JEST OPIS KAŻDEJ POZYCJI FAKTURY  
W CELU POWIĄZANIA WYDATKOWANIA ŚRODKÓW Z JEDNOSTKĄ  
CHOROBY PODOPIECZNEGO/EJ**

**Razem do zapłaty:** **255.47 zł**  
**Słownie:** dwięćset pięćdziesiąt pięć złotych czterdzieści siedem groszy  
Zapłacono kartą: 255,47 zł

*par. 1-3 - suplement diety (sywól) specjalnego przeznaczenia medycznego (zalecany przez lekarza)*  
*par. 4 - lek wspomagający trawienie / zalecany przez lekarza*  
*par. 5-6 - tabletki i płasty przeciwbólowe / recepta*  
*par. 7-9 - leki przeciwnowotworowe (na receptę)*

**CEFARM ŚLĄSKI SP. Z O.O.**  
ul. Francuska 35, 40-027 Katowice  
NIP: 954-00-02-237  
Tech. farm. PAUL MOSZUMIŃSKA  
ul. Woloska 137, 02-507 Warszawa  
tel. 22 442 76 76

**WŁASNORĘCZNY PODPIS**

KARSOFT S.A. System KB ADW 2025 Strona 1/1

sta sprzedazy: 2019.12.10 Lubon 2019.12.10

**Faktura VAT nr 1364/2019**

SPRZEDAWCA: **TEKA \*W PRZYCHODNI\***  
 -031 Lubon; Wschodnia 25  
 zwol.: WIF. PD. A-8240. OA/62/2007  
 NIP: 779-132-37-88 Regon: 639530683  
 Bank: PKO BP SA  
 Konto: 57 1020 4027 0000 1702 0039 1094

NABYWCA  
**Imię, nazwisko, adres, pesel  
 Podpiecznego**

Lp.	Nazwa towaru	J.m.	Ilość	Cena brutto	Wartość brutto	SDT %	Wartość netto	Wartość netto	Do zapłaty
1	Laremid 2 mg 20 tabl.	op	1,00	13,99	13,99	0	1,04	12,95	13,99
2	Molekin D3 + K2 + MgB6 tabl. powł. 60tabl.	op	0,50	32,90	16,45	0	1,22	15,23	16,45
3	ZUNA Świetlik Plus Krople do oczu 10ml	op	1,00	12,99	12,99	0	0,96	12,03	12,99
				Razem	43,43				43,43
				w tym	43,43	0	3,22	40,21	
				Razem			3,22	40,21	

zapłaty: 43.43 zł  
 ownie: czterdzieści trzy złote czterdzieści trzy grosze  
 Zapłacono kartą: 43.43 zł

**Podpis osoby uprawnionej do otrzymywania faktur**  
Podpis osoby uprawnionej do otrzymywania faktur

**APTEKA**  
 W PRZYCHODNI  
 mgr farm. Andrzej Zdzienicki  
 62-030 Lubon k. Wschodnia 25  
 tel. 61 8091 23  
 NIP 779-132-37-88

*Ad. 1. - lek przeciwbieguncie stecowy przez lekarna*  
*Ad. 2. - lek wspomagajacy leczenie bez stecnia lekarna*  
*Ad. 3. - Krople/lek do oczu stecowe przez lekarna*

**Podpis /parafka  
 Podpiecznego/Wnioskodawcy**

Do wniosku o refundację załącz e-receptę dla leków na receptę lub zalecenie lekarza specjalisty wg. poniższego wzoru:

Zalecenie lekarza specjalisty dla pacjenta:  
**IMIĘ, NAZWISKO, PESEL, ADRES**

Niniejszym zaświadcza się, że w/wym. pacjent wymaga stałego leczenia lekami:

- Laremid 2 mg/ 1xdziennie
- Molekin D3 + K2 + MgB6 /1 tabl. dziennie

oraz leczenia czasowego przez okres 2 mies.

- ZUNA Świetlik Plus Krople do oczu

Zaświadczenie wydaje się na prośbę pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta w zw. z możliwością refundacji leków przez Fundację Skarbowości im. Jana Pawła II.

Data, miejscowość, pieczęćka jednostki zdrowia Pieczęćka i podpis lekarza specjalisty:

## ZAŁĄCZNIK 2.

A. Wzór oświadczenia obejmującego zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia

\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.2026 r.

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH O STANIE ZDROWIA PODOPIECZNEGO FUNDACJI „INSTYTUT FALE LOKI KOKI”

Ja, niżej podpisana / podpisany

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko Podopiecznego)

**oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych osobowych**, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO, przekazanych przeze mnie w treści WNIOSKU O PRZYJĘCIE DO GRONA PODOPIECZNYCH IFLK oraz w treści załączonych do niego dokumentów, w celach wskazanych w *Regulaminie udzielania pomocy podopiecznym Fundacji „Instytut Fale Loki Koki”*, w tym w celu efektywnego pozyskiwania środków na moją rzecz jako Podopiecznego Fundacji.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wiem, że zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych jest dobrowolna i przysługuje mi prawo do wycofania zgody w każdej chwili.
2. Wiem, że moje dane osobowe mogą być publikowane w mediach internetowych (w tym na stronie internetowej Administratora, w mediach społecznościowych Administratora, na stronach internetowych partnerów Fundacji) i w mediach tradycyjnych (np. prasa, telewizja).
3. Akceptuję Regulamin udzielania pomocy podopiecznym Fundacji „Instytut Fale Loki Koki”.
4. Zapoznałem / zapoznałam się z treścią „Informacji na temat przetwarzania danych osobowych dla podopiecznych Fundacji „Instytut Fale Loki Koki” i ich opiekunów prawnych”.

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby udzielającej zgody – Podopiecznego)

**B. Wzór oświadczenia obejmującego zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia**

\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.2026 r.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH O STANIE ZDROWIA  
PODOPIECZNEGO FUNDACJI „INSTYTUT FALE LOKI KOKI”**

Ja, niżej podpisana / podpisany

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

**oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych**

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko Podopiecznego)

**w tym szczególnych kategoriach danych osobowych**, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO, przekazanych przeze mnie w treści WNIOSKU O PRZYJĘCIE DO GRONA PODOPIECZNYCH IFLK oraz w treści załączonych do niego dokumentów, w celach wskazanych w *Regulaminie udzielania pomocy podopiecznym Fundacji „Instytut Fale Loki Koki”*, w tym w celu efektywnego pozyskiwania środków na rzecz Podopiecznego Fundacji.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wiem, że zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna i mojemu Podopiecznemu przysługuje prawo do wycofania zgody w każdej chwili.
2. Wiem, że dane osobowe Podopiecznego mogą być publikowane w mediach internetowych (w tym na stronie internetowej Administratora, w mediach społecznościowych Administratora, na stronach internetowych partnerów Fundacji) i w mediach tradycyjnych (np. prasa, telewizja).
3. Akceptuję Regulamin udzielania pomocy podopiecznym Fundacji „Instytut Fale Loki Koki”.
4. Zapoznałem / zapoznałam się z treścią „Informacji na temat przetwarzania danych osobowych dla podopiecznych Fundacji „Instytut Fale Loki Koki” i ich opiekunów prawnych”.

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby udzielającej zgody – opiekuna prawnego  
Podopiecznego)

### ZAŁĄCZNIK 3.

A. Wzór oświadczenia obejmującego zgodę na rozpowszechnianie wizerunku

\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.2026 r.

#### ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU PODOPIECZNEGO FUNDACJI „INSTYTUT FALE LOKI KOKI”

Ja, niżej podpisana / podpisany

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko Podopiecznego)

**oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie moich danych osobowych w postaci wizerunku** przez Fundację „Instytut Fale Loki Koki” z siedzibą pod adresem ul. Kościuszki 27, 85-079 Bydgoszcz (dalej: Administrator). Zgoda obejmuje publikację wizerunku wraz z opisem mojej sytuacji zdrowotnej / losowej, w celach wskazanych w *Regulaminie udzielania pomocy podopiecznym Fundacji „Instytut Fale Loki Koki”*, w tym w celu efektywnego pozyskiwania środków na moją rzecz jako Podopiecznego Fundacji.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna i przysługuje mi prawo do wycofania zgody w każdej chwili.
2. Moje dane osobowe mogą być publikowane w mediach internetowych (w tym na stronie internetowej Administratora, w mediach społecznościowych Administratora, na stronach internetowych partnerów Fundacji ) i w mediach tradycyjnych (np. prasa, telewizja).
3. Przeniesienie niniejszego zezwolenia na osobę trzecią wymaga mojej uprzedniej pisemnej zgody.
4. Dane osobowe będą wykorzystywane zgodnie z treścią „Informacji na temat przetwarzania danych osobowych dla podopiecznych Fundacji „Instytut Fale Loki Koki” i ich opiekunów prawnych”.

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby udzielającej zgody)

**B. Wzór oświadczenia obejmującego zgodę na rozpowszechnianie wizerunku**

\_\_\_\_\_, \_\_. \_\_. 2026 r.

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU  
PODOPIECZNEGO FUNDACJI „INSTYTUT FALE LOKI KOKI”**

Ja, niżej podpisana / podpisany

\_\_\_\_\_  
*(imię i nazwisko opiekuna prawnego)*

**oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie danych osobowych w postaci wizerunku**

\_\_\_\_\_  
*(imię i nazwisko Podopiecznego)*

przez Fundację „Instytut Fale Loki Koki” z siedzibą pod adresem ul. Kościuszki 27, 85-079 Bydgoszcz (dalej: Administrator). Zgoda obejmuje publikację wizerunku wraz z opisem sytuacji zdrowotnej / losowej Podopiecznego, w celach wskazanych w *Regulaminie udzielania pomocy podopiecznym Fundacji „Instytut Fale Loki Koki”*, w tym w celu efektywnego pozyskiwania środków na rzecz Podopiecznego Fundacji.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna i mojemu Podopiecznemu przysługuje prawo do wycofania zgody w każdej chwili.
2. Dane osobowe Podopiecznego mogą być publikowane w mediach internetowych (w tym na stronie internetowej Administratora, w mediach społecznościowych Administratora, na stronach internetowych partnerów Fundacji) i w mediach tradycyjnych (np. prasa, telewizja).
3. Przeniesienie niniejszego zezwolenia na osobę trzecią wymaga mojej uprzedniej pisemnej zgody.
4. Dane osobowe będą wykorzystywane zgodnie z treścią „Informacji na temat przetwarzania danych osobowych dla podopiecznych Fundacji „Instytut Fale Loki Koki” i ich opiekunów prawnych”.

\_\_\_\_\_  
*(podpis osoby udzielającej zgody – opiekuna prawnego  
Podopiecznego)*