

# Deklaracja dołączenia do KLUBU PRZYJACIÓŁ „FARMY ŻYCIA” w formule pay-roll

„Ja .....  
(imię nazwisko)

zamieszkała/y .....  
(ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, poczta)

NIP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**dobrowolnie zobowiązuję się do comiesięcznego przekazywania kwoty podanej poniżej**

|                                                                                     |        |        |        |         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|---------|--|
| (Zaznacz/zakreśl wybraną kwotę lub wpisz dowolną wielokrotność 20 zł w pustym polu) |        |        |        |         |  |
| 20 PLN                                                                              | 40 PLN | 60 PLN | 80 PLN | 100 PLN |  |

na rzecz Fundacji Wspólnota Nadziei (Więckowice, ul. Ogrodowa 17, 32-082 Bolechowice)  
nr rachunku: **35 1600 1013 0002 0011 6204 9001** (PNB Paribas Bank Polska SA O/Kraków)  
tytułem: KLUB PRZYJACIÓŁ „FARMY ŻYCIA”

Niniejszym proszę dział płac firmy: .....  
na odpisywanie co miesiąc kwoty w wysokości: ..... zł

(słownie: ..... zł, 00/100 gr)

**z mojej pensji i przesyłanie jej bezpośrednio na w/w konto Fundacji Wspólnota Nadziei.**

Przystępując do KLUBU PRZYJACIÓŁ „FARMY ŻYCIA” zadeklarowałam/em przekazywanie co miesiąc przez dział płac w/w kwoty, która jest darowizną i podlega **odliczeniu od dochodu**, dlatego proszę o wystawienie zaświadczenia o łącznej wysokości darowizny w danym roku dla celów podatkowych.

„Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie Fundacji Wspólnota Nadziei i przetwarzanie ich dla obsługi darowizny. Wyrażam również zgodę na otrzymywanie informacji o działalności Fundacji na mój adres elektroniczny:

.....  
oraz przetwarzanie tego adresu w bazie danych na zasadach określonych w przepisach Ustawy z dnia 26.08.2002r. (Dz. U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.”

**Niniejsze oświadczenie jest ważne od dnia podpisania do odwołania lub zmiany decyzji.**

|                          |                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | wyrażam zgodę na umieszczenie mojego imienia i nazwiska na liście darczyńców i jej opublikowanie w celach promocyjnych Fundacji Wspólnota Nadziei i/lub KLUBU PRZYJACIÓŁ |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis



**Informacja dla działu płac:**  
Na podstawie powyżej udzielonej zgody pracownika dot. przetwarzania danych osobowych uprzejmie prosimy o przesłanie kopii/skanu niniejszej deklaracji na adres: [csr@farma.org.pl](mailto:csr@farma.org.pl)  
lub nr faksu 12 378-43-59



Prosimy również o pisemną informację w przypadku odwołania lub zmiany decyzji.