

.....  
data wpływu

.....  
podpis osoby przyjmującej

**WNIOSEK O OTWARCIE SUBKONTA  
W STOWARZYSZENIU WYJĄTKOWE SERCE**

**DANE WNIOSKODAWCY:**

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:.....

adres zamieszkania:.....

adres do korespondencji:.....

PESEL.....

legitymująca się dowodem osobistym o numerze .....

(wypełnia tylko osoba pełnoletnia)

okres ważności orzeczenia o niepełnosprawności .....

tel. .... e-mail .....

**DANE OSÓD DZIAŁAJCYCH IMIENIEM WNIOSKODAWCY:**

Rodzic/ Przedstawiciel prawny:  
(niepotrzebne skreślić)

1) Pani .....

zamieszkała .....

legitymująca się dowodem osobistym o numerze .....

PESEL .....

tel. .... e-mail .....

2) Pan .....

adres zamieszkania .....

adres do korespondencji.....

legitymujący się dowodem osobistym o numerze .....

PESEL .....

tel. .... e-mail .....

tytuł      prawny      do      działania      imieniem      osoby      niepełnosprawnej

.....

## § 1

Ja, niżej podpisany .....

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej działającej samodzielnie lub przedstawicieli prawnych działających jej imieniem)

działający w imieniu własnym/ w imieniu syna, córki, wychowanka, podopiecznego\*

(\*niepotrzebne skreślić)

upoważniony do składania oświadczeń woli na podstawie władzy rodzicielskiej/ innego tytułu prawnego

.....  
(rodzaj tytułu prawnego uprawniającego do działania imieniem osoby niepełnosprawnej np. orzeczenie sądu)

wnoszę o otwarcie subkonta na rzecz .....  
w Stowarzyszeniu Wyjątkowe Serce.

## § 2

Do wniosku załączam:

1. kopię orzeczenia o niepełnosprawności
2. informację o rodzaju niepełnosprawności/ chorobie osoby niepełnosprawnej,
3. kopię tytułu prawnego do działania imieniem osoby niepełnosprawnej (załączają tylko przedstawiciele prawni osoby niepełnosprawnej działający na podstawie innego tytułu prawnego niż władza rodzicielska, w pozostałych przypadkach należy skreślić)

.....  
miejsowość, data, czytelny podpis