



opolskie  
stowarzyszenie  
rehabilitacji

.....  
imię i nazwisko

(osoby wyrażającej zgodę lub ustawowego  
opiekuna wyrażającego zgodę)

.....  
miejscowość, data

.....  
data i miejsce urodzenia

.....  
numer i seria dowodu osobistego

### ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Wyrażam zgodę Opolskiemu Stowarzyszeniu Rehabilitacji na publikację wizerunku na stronie internetowej Stowarzyszenia:

.....  
(imię i nazwisko Podopiecznego)

.....  
(podpis osoby wyrażającej zgodę /  
podpis ustawowego opiekuna wyrażającego zgodę)

---

#### ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

ul. Samborska 15  
45-316 Opole  
tel. 77 556 03 35  
e-mail: info@rehabilitacjaopole.pl



**KRS:** 0000273196  
**NIP:** 7542893179  
**REGON:** 160117005  
**NR RACHUNKU:** 34 1680 1235 0000 3000 1461 2426