

_____, dnia _____

imię i nazwisko

adres

**ZGODA
WŁAŚCICIELA BUDYNKU W KTÓRYM MA NASTĄPIĆ LIKIDACJA BARIER
ARCHITEKTONICZNYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych dla

imię i nazwisko

w budynku/lokalu _____
dokładny adres

którego jestem właścicielem (numer księgi wieczystej: _____).

podpis właściciela budynku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w „zgodzie właściciela budynku w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej” dot. Pani/Pana _____, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 195A, 86-100 Świecie.

CZYTELNY PODPIS