Відомість

на видачу натуральної допомоги (набір засобів **гігієни** на 5 осіб)

Своїм підписом засвідчую згоду на обробку та використання моїх персональних даних згідно Закону України “Про захист персональних даних”. Надаю згоду на некомерційне використання фото та відеоматеріалів за моєї участі в даному заході.

| № | ПІБ | Паспорт | Категорія | Телефон | Що видано | Адреса | Підпис |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Відповідальний за видачу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_