

.....

Miejscowość, data



**Fundacja Avalon - Bezpośrednia Pomoc Niepełnosprawnym**

ul. Domaniewska 50A

02-672 Warszawa

www.fundacjaavalon.pl

e-mail: zbiorkapubliczna@fundacjaavalon.pl

**OŚWIADCZENIE WŁAŚCIELI PLACÓWKI NA PRZEPROWADZENIE AKCJI KWESTARSKIEJ**

Ja, niżej podpisany/a..... (imię i nazwisko) wyrażam zgodę  
na prowadzenie akcji kwestarskiej na rzecz ..... (nazwisko, numer  
subkonta), Podopiecznego Fundacji Avalon - Bezpośrednia Pomoc Niepełnosprawnym w dniach od  
..... do ..... (nazwa i adres miejsca)  
.....

.....

Podpis właściciela placówki