

**LÖSEV LÖSEMİLİ ÇOCUKLAR SAĞLIK ve EĞİTİM VAKFI**  
**BAĞIŞ TALEP FORMU**

**BAĞIŞÇININ**

**Adı – Soyadı** :

**T.C. Kimlik Numarası** :

**Doğum Tarihi** :

**Mesleği** :

**Medeni Durumu** :

**Hayatta olan çocuklarının isimleri** :

**Hayatta olan anne ve babasının isimleri** :

**Adresi** :

**Telefonu** :

**E-posta adresi** :

**Bir yakının ismi ve telefonu** :

**BAĞIŞLANMAK İSTENEN GAYRİMENKULÜN**

**Adresi** : **Şehir:**

**Durumu (Kirada, boş vb)** :

**Özellikleri** : ( )Ev ( )İşyeri ( )Arsa ( )Yazlık ( )Devremülk

**Belirtmek İstedığınız Diğer Konular :**

**İmza:**

*LÖSEV Lösemili Çocuklar Sağlık ve Eğitim Vakfı olarak, Bağış Talep Formu aracılığıyla paylaştığımız kişisel verileriniz, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve yürürlükte bulunan ilgili mevzuat kapsamında, bağış süreçlerinin yürütülmesi, iletişim faaliyetlerinin yürütülmesi ve aydınlatma metninde sayılan diğer amaçlarla sınırlı olarak işlenecektir. Kişisel verilerinizin işlenmesine ilişkin detaylı bilgi için QR kodu okutarak Bağış Formu Kapsamında İşlenen Kişisel Verilere İlişkin Aydınlatma Metni'ni inceleyebilirsiniz.*

