



Uwaga: Wypełnić drukowanymi literami

(Niepotrzebne skreślić)

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisana/y

.....
proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia Chorych na Stwardnienie Guzowate (POLISH TSC ASSOCIATION) w charakterze członka

- zwyczajnego
- wspierającego

.....
(odpowiednie podkreślić)

Wypełnia opiekun prawny dziecka, osoby ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do czynności cywilno-prawnych

Wyrażam zgodę na członkostwo w Stowarzyszeniu Chorych na Stwardnienie Guzowate (POLISH TSC ASSOCIATION) dziecka (podopiecznego)

....., którego jestem prawnym opiekunem.
nazwisko i imię dziecka,(podopiecznego)

.....
Podpis opiekuna

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia, akceptuję jego postanowienia oraz wszystkie powzięte uchwały Władz Stowarzyszenia. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania i aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych /Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz.926 z późn. zmianami/ w celach związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia.

Przysługuje mi prawo wglądu w te dane, ich poprawianie lub uzupełnianie.

Zobowiązuję się do regularnego płacenia składki członkowskiej ustalonej przez Zarząd.

Wysokość wpisowego 10 zł (jednorazowo)

Wysokość składki rocznej 60 zł (od każdego zadeklarowanego członka)

PKO Bank Polski: numer rachunku 21 1440 1026 0000 0000 0384 0166

.....
Miejscowość, data, podpis



Uwaga: Wypełnić drukowanymi literami

(Niepotrzebne skreślić)

KWESTIONARIUSZ CZŁONKÓW STOWARZYSZENIA CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE

1. Imię i nazwisko osoby dorosłej (lub opiekuna, rodzica)

.....

2. Data urodzenia / Pesel

.....

3. Imię i nazwisko chorego dziecka

.....

4. Data urodzenia dziecka / Pesel

.....

5. Adres zamieszkania / Adres do korespondencji

.....

6. Numer telefonu

.....

7. Adres e-mail

.....

8. Stopień niepełnosprawności (osoby po 16 roku życia)

.....

9. Rodzaj schorzenia (nazwa choroby)

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis)



Uwaga: Wypełnić drukowanymi literami

(Niepotrzebne skreślić)

OŚWIADCZENIE

Stowarzyszenie chorych na stwardnienie guzowate informuje, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie chorych na stwardnienie guzowate z siedzibą w Gdyni, ul. Morska 53A/1, 81-332 Gdynia. Kontakt z Administratorem jest możliwy: pod wyżej wskazanym adresem; za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: stowarzyszenie.stw.guz@wp.pl; pod numerem telefonu 604 417 062, 604 096 715.
2. Dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez Stowarzyszenie chorych na stwardnienie guzowate wyłącznie w takim zakresie, jaki jest niezbędny do realizacji celów statutowych Stowarzyszenia.
3. Celem statutowym Stowarzyszenia chorych na stwardnienie guzowate jest:
 - a. Celem Stowarzyszenia jest zrzeszenie osób chorych i zdrowych dla wzajemnej pomocy w zakresie szeroko pojętej kompleksowej diagnostyki, rehabilitacji i leczenia osób chorych oraz likwidacji barier architektonicznych, transportowych i komunikowaniu się.
 - b. Stworzenie ośrodków kompleksowej diagnostyki oraz leczenie chorych.
 - c. Zorganizowanie banku danych chorych na Stwardnienie Guzowate.
 - d. Popularyzowanie problemu choroby.
 - e. Wpisanie choroby stwardnienie guzowate do rejestru chorób.
 - f. Możliwość wykonywania badań genetycznych w Polsce.
4. Każdy, którego dane osobowe gromadzi Stowarzyszenie chorych na stwardnienie guzowate ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania, jak również do żądania ich usunięcia.
5. Stowarzyszenie chorych na stwardnienie guzowate gromadzi jedynie dane osobowe podane dobrowolnie. Stowarzyszenie informuje, że nikt nie ma obowiązku podania swoich danych osobowych, jakkolwiek odmowa podania danych osobowych może skutkować niemożliwością udzielenia odmawiającemu pomocy w ramach zadań statutowych Stowarzyszenia chorych na stwardnienie guzowate.
6. Zgromadzone dane osobowe Stowarzyszenie może udostępnić wyłącznie podmiotom realizującym cele statutowe Stowarzyszenia, niezbędnym do wykonania statutowych zadań Stowarzyszenia, poprzez promocję Stowarzyszenia w ramach zbiórki publicznej na rzecz Stowarzyszenia lub Podopiecznego.
7. Zgromadzone dane osobowe są chronione zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Stowarzyszenie chorych na stwardnienie guzowate dokłada wszelkich starań, aby gromadzonym danym osobowym zapewnić jak najwyższy stopień bezpieczeństwa.

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o celach pozyskania moich danych osobowych oraz wyrażam dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w *Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* przez Stowarzyszenie chorych na stwardnienie guzowate z siedzibą, w Gdyni, ul. Morska 53A/1, 81-332 Gdynia w zakresie jaki jest niezbędny do wykonywania celów statutowych Stowarzyszenia chorych na stwardnienie guzowate. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o przysługującym mi prawie wglądu do danych oraz ich poprawiania, uzupełniania, jak również do żądania ich usunięcia.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystanie przez Stowarzyszenie wizerunku Członka, Podopiecznego, Rodzeństwa, Dziecka oraz Opiekuna w całości i we fragmentach, przedstawionego na zdjęciach przekazanych Stowarzyszeniu lub zrobionych przez Stowarzyszenie, a także danych osobowych Członka, Podopiecznego, Rodzeństwa, Dziecka oraz Opiekuna obejmujących imię, nazwisko, nazwę schorzenia, wiek, poprzez ich publikację w całości lub we fragmentach na stronach internetowych, w publikacjach prasowych, na ulotkach, folderach, kalendarzach, plakatach reklamowych i innych materiałach reklamowych, portalach społecznościowych, rozpowszechnianych przez Stowarzyszenie, dla celów informacyjnych działań Stowarzyszenia. Zostałem poinformowany (-a), że ww. zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

.....
**/data, czytelny podpis członka/rodzica/opiekuna prawnego lub podopiecznego -
pełnoletniego/**