

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
dotycząca przyjęcia w poczet członków zwyczajnych
PTSR Oddział w Lublinie

- Oświadczam, że jestem chora/y na stwardnienie rozsiane.
- Oświadczam, że jestem spokrewniony z osobą chorą lub przyjacielem osoby chorej na stwardnienie rozsiane.
- Oświadczam, że chcę świadczyć pomoc osobom chorym na stwardnienie rozsiane lub być wolontariuszem.

Dane osobowe: (prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania:

Miejscowość Ulica.....

Tel. kom.....mail.....

PESEL.....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania):

Miejscowość Ulica.....

DEKLARACJA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych **Polskiego**

Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie. Oświadczam, że zapoznałem się ze **STATUTEM** i znane mi są cele, zadania i działania Towarzystwa ujęte w nim. Zobowiązuje się do ich przestrzegania. Zobowiązuję się wpłacać składki roczne w wysokości **48 zł** (4zł miesięcznie) gotówką w Oddziale PTSR w Lublinie lub na konto: **mBank 91 1140 1094 0000 3884 0000 1001**

Oświadczam, że obecnie nie należę do żadnego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji członkowskiej przez Oddział Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie zgodnie z art. 6 ust. 1a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w celach związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia. W przypadku zmiany danych osobowych lub kontaktowych zobowiązuje się niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo.

Miejscowość, data.....

Podpis.....

ANKIETA (dobrowolna)

Czy jesteś chory/chora na SM? (zaznacz) TAK NIE

Jeśli tak, to jaka postać (zaznacz):

rzutowo-remisyjna wtórnie-postępująca pierwotnie postępująca rzutowo-postępująca

Skąd dowiedział(a) się Pan/Pani o naszym Stowarzyszeniu?

internet,

od lekarza,

z polecenia (rodzina, znajomi),

inne (jakie?)

Jakiego rodzaju działania (twoim zdaniem) są potrzebne chorym na SM i ich bliskim?

Podaj rok zachorowania na SM (pierwszych objawów).....oraz rok otrzymania potwierdzonej

Diagnozy.....

Jak chcesz się włączyć w działania organizacji?

Jakiego wsparcia / działań oczekujesz od organizacji?

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym dotyczących stanu zdrowia, zawartych w ankiecie przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie zgodnie z art. 6 ust. 1a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w celach związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia.

W przypadku zmiany danych osobowych lub kontaktowych zobowiązuje się niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo.

Miejscowość, data

Podpis.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Informujemy, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie, zwane dalej Administratorem. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji działań statutowych Administratora jak też w zakresie wymaganych prawem obowiązków sprawozdawczych i kontrolnych dotyczących działalności Stowarzyszenia oraz wynikających ze statusu organizacji pożytku publicznego PTSR. Zebrane dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom. Mogą zostać udostępnione uprawnionym podmiotom publicznym w zakresie niezbędnym do wypełnienia ciążących na Towarzystwie obowiązków sprawozdawczych wynikających z ustawy Prawo o stowarzyszeniach oraz ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.
- 3) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 4) podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:
 - a) art. 6 ust. 1 a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z 4 maja 2016 r. L 119/1), które poniżej zwane jest Rozporządzeniem,
 - b) art. 10 ust. 1 pkt 4 ustawy z 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach Dz.U. z 2017 r., poz. 210, ze zm.) w zw. z § 8 ust 2 Statutu PTSR,
 - c) art. 6 ust. 1 c Rozporządzenia oraz art. 30 ust. 1 ustawy z 24 kwietnia 2003 r.o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity - Dz.U. z 2018 poz. 450 ze zmianami),
 - d) art. 6 ust. 1 c Rozporządzenia oraz art. 8 ust 5 w zw. z art. 25 i 25a ustawy Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 2017 r., poz. 210, ze zm.),
 - e) art. 9 ust. 2 a Rozporządzenia i art. 9 ust. 2 d Rozporządzenia - w zakresie dotyczącym danych o Państwa sytuacji zdrowotnej.
- 5) **Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów statutowych Towarzystwa.** W przypadku braku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych nie będzie możliwe przyjęcie w poczet członków Towarzystwa. Udzielenie zgody na przetwarzanie danych na temat sytuacji zdrowotnej jest dobrowolne i nie ma wpływu na członkostwo w PTSR.

Przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych:

 - a) podane przez Państwa dane dotyczące sytuacji zdrowotnej, w tym w szczególności zawarte w dostarczonej przez Państwa w ankiecie,

b) podane przez Państwa pozostałe dane osobowe, to jest:

- imię i nazwisko,
- dane adresowe,
- telefony kontaktowe,
- adres poczty elektronicznej,
- dane o przynależności do PTSR.

Posiada Pani/Pan prawo do:

- a. żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych,
 - b. żądania od Administratora sprostowania swoich danych osobowych,
 - c. żądania od Administratora usunięcia swoich danych osobowych,
 - d. do zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
 - e. żądania przeniesienia danych osobowych, czyli:
 - f. otrzymania danych osobowych, które dostarczył/a Pan/Pani Towarzystwu,
 - g. przesłania Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe (może też Pan/Pani samodzielnie wysłać otrzymane dane innemu administratorowi).
 - h. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora zgodnie z obowiązującą ustawą do czasu wycofania zgody oraz w czasie, w jakim Towarzystwo podlega obowiązkom sprawozdawczym i kontrolnym w zakresie swojej działalności.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z klauzulą informacyjną.

Miejscowość, data

Podpis.....

**Przyjęto w poczet członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Lublinie Uchwałą Rady Oddziału nr w dniu**

.....
Podpisy

.....
Pieczęć organizacji

=====
**Członkostwo w Polskim Towarzystwie Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie ustało na
podstawie zgłoszenia pisemnego (zgłoszenia telefonicznego) i rezygnacja została zatwierdzona
Uchwałą Rady Oddziału nr z dnia**

.....
Podpisy

.....
Pieczęć organizacji