

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisany/podpisana* proszę o przyjęcie mnie w poczet Członków **Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”**.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia Statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania, aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i sumiennego wypełniania uchwał władz. Zobowiązuję się ponadto strzec godności Członka Stowarzyszenia. Ponieważ spełniam statutowe wymogi wnoszę jak na wstępie.

....., dnia
(własnoręczny podpis)

DANE OSOBOWE

..... Nazwisko Imiona
..... Data i miejsce urodzenia Obywatelstwo
..... Telefon kontaktowy E-mail
Stopecień niepełnosprawności (wybraną odpowiedź należy zaznaczyć znakiem X): <input type="checkbox"/> brak nie dotyczy <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności	
Członkostwo w Sekcji Prostaty / Sekcji Pęczerza (wybraną odpowiedź należy zaznaczyć znakiem X): <input type="checkbox"/> nie jestem członkiem Sekcji <input type="checkbox"/> jestem członkiem Sekcji Pęczerza <input type="checkbox"/> jestem członkiem Sekcji Prostaty	
Miejsce zamieszkania: kod pocztowy miejscowość ulica nr domu / nr mieszkania	

Oświadczenia (wybraną odpowiedź należy zaznaczyć znakiem X)

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora danych: Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” (ul. Erasma Ciołka 13, 01-445 Warszawa, NIP: 527-256-97-16) moich danych osobowych zawartych w Deklaracji członkowskiej, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 nr 133 poz. 883) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

TAK NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Programu Prospołecznego NTM „Normalnie Życ” korespondencji zawierającej informacje o działalności Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, ważnych wydarzeniach oraz Kwartalnika NTM.

TAK NIE

.....
(data i podpis składającego dane osobowe)

* niewłaściwe skreślić

Wypełnioną deklarację prosimy przekazać Prezesowi Oddziału lub odesłać e-mailem: wroclaw@uroconti.pl lub pocztą: Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, ul. A. Mickiewicza 9 lok. U4, 01-517 Warszawa

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” Oddział we Wrocławiu

Zarząd Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” Oddział we Wrocławiu postanowił przyjąć/nie przyjąć* Pana/Panią*

..... w poczet członków z dniem

.....

....., dnia

Za Zarząd: