

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 | miejscość | | |
| 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. Chmielna 132/134, 00-805 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: