



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
POLSKIE TOWARZYSTWO STWARDNIENIA ROZSIANEGO (PTSR)
CZŁONEK ZWYCZAJNY

Nr...../20....r

Dane osobowe: (prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania:

Miasto..... Ulica.....

Tel. kom. E-mail.....

PESEL..... Seria i nr dowodu.....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania):

Ulica..... Miasto.....

DEKLARACJA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych.....Oddziału Polskiego
Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w

Oświadczam, że znane mi są cele, zadania i działania Towarzystwa ujęte w jego Statucie. Zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Zobowiązuję się wpłacać składki roczne w wysokości **60,00 zł** (słownie: sześćdziesiąt złotych 00/100) na konto PTSR Oddział Wielkopolska o numerze 1140 0000 0000 2706 6500 1011 (mBANK SA nr 25).

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 oraz Radę Główną Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Warszawie 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 Oddział Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w oraz Rada Główna Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Warszawie, 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, nie jest niezbędne i nie ma wpływu na członkostwo w PTSR.

- 6) 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.
- 7) 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:
 - otrzymania danych osobowych, które dostarczył/a Pan/Pani Towarzystwu,
 - przesłania Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe (może też Pan/Pani samodzielnie wysłać otrzymane dane innemu administratorowi).
 - f) wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 9) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora zgodnie z obowiązującą ustawą do czasu wycofania zgody oraz w czasie, w jakim Towarzystwo podlega obowiązkowi sprawozdawczym i kontrolnym w zakresie swojej działalności.

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

ANKIETA (dobrowolna)

Czy jesteś chory/chora na SM? (zaznacz)

- TAK
- NIE

Jeśli tak, to jaka postać (zaznacz)

- Rzutowo-reemisyjna
- Wtórnie-postępująca
- Pierwotnie-postępująca
- Typ rzutowo-postępujący

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 Oddział Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego oraz Radę Główną Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Warszawie 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

Uchwała Rady Oddziału PTSR

Uchwałą nr z dnia Pan/Pani/
został(a) przyjęty(a) w poczet Członków OddziałuPolskiego Towarzystwa
Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w..... w charakterze Członka Zwyczajnego.

.....
Podpis Przewodniczącego/-ej Rady Oddziału PTSR

.....
Miejscowość, data