

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Nazwisko, imię

.....

Adres:

.....

Kod

Miejscowość

Ulica

Województwo

Telefon kontaktowy:

.....

Dom

Tel. Komórkowy

email

Deklaruję przystąpienie do Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię – Koła Terenowego¹⁾ jako członek zwyczajny / wspomagający²⁾ i w miarę możliwości będę pracował społecznie na rzecz realizacji celów statutowych Stowarzyszenia.

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art.24 ust.1 ustawy o ochronie danych osobowych oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie danych osobowych w komputerowych bazach danych Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię.

Ośrodek medyczny, pod którego stałą opieką jest chory:

.....

.....

Proszę o dodanie mojego adresu email do forum Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię

Tak / Nie

.....

Miejscowość

.....

Data

.....

Podpis
opiekuna/chorego

Wypełnioną deklarację prosimy wysłać na adres:

Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię
ul. Indiry Gandhi 14
02-776 Warszawa

¹⁾Zarządy Kół Terenowych zobligowane są do przesłania kserokopii Deklaracji do Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię

²⁾ **Niepotrzebne skreślić**

Dane osobowe oraz medyczne traktowane będą jako poufne.