



Deklaracja członkowska

Prosimy o czytelne wypełnienie, drukowanymi literami poniższej deklaracji. Dane zbierane są dla potrzeb PSRP i nie będą udostępniane innym osobom fizycznym albo prawnym bez zgody wypełniającego. Złożenie podpisu jest równoznaczne ze zgodą na umieszczenie danych osobowych w bazie danych Stowarzyszenia oraz przestrzegania statutu.

<u>Dane osobowe</u>	
Nazwisko	Imię
Data urodzenia: rok	miesiąc dzień
Adres zamieszkania: ul.	nr domu nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość
Telefon	E-maile
Uczeń szkoły:	
Zawód: wyuczony	wykonywany
<input type="checkbox"/> Rencista	<input type="checkbox"/> Emeryt

Jestem:

osobą ze schorzeniem siatkówki

krewnym osoby ze schorzeniem siatkówki

podaj stopień pokrewieństwa:

osobą zainteresowaną problematyką schorzeń siatkówki

.....
data

.....
podpis

Dotyczy osoby ze schorzeniem siatkówki !

Moje schorzenie to:

- barwnikowe zwyrodnienie siatkówki
- degeneracja plamki żółtej
- zespół Stargardta
- inne (jakie?)

Stopień upośledzenia widzenia:

- jestem osobą niewidomą
- jestem osobą słabowidzącą
- czytam zwykły druk bez pomocy optycznych
- czytam zwykły druk z pomocami optycznymi
- nie czytam czarnego druku
- poruszam się samodzielnie
- poruszam się w terenie z trudnością
- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności
- nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności
- posiadam orzeczenia o niezdolności do pracy
- nie posiadam orzeczenia o niezdolności do pracy

Zgłaszam chęć pracy w Stowarzyszeniu w zakresie:

- gromadzenia i selekcjonowania materiałów
- tłumaczenia materiałów z języka
- zaopatrzenia w pomoce optyczne i urządzenia poprawiające widzenie
- organizacji środków finansowych i pozyskiwania sponsorów
- w innym zakresie, podaj jakim
-
-
- nie jestem zdecydowany(a)

zaznacz właściwe