

POLSKIE TOWARZYSTWO CHOROÓB NERWOWO – MIĘŚNIOWYCH

Oddział Regionalny Warszawa

02 – 914 Warszawa

ul. Św. Bonifacego 10

PKO BP S.A. XIII O/W-wa 45 1020 1068 0000 1002 0066 2064

tel./fax.: (22) 642 75 07

e-mail: tzchm-warszawa@idn.org.pl

www.idn.org.pl/ptchnm-warszawa

W N I O S E K

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych – wspierających* Polskiego Towarzystwa Chorób Nerwowo-Mięśniowych OR Warszawa.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia.

Zobowiązuję się wpłacać składki roczne w kwocie 30 zł złotych (stan na 1.01.2010).

.....
data i miejsce *podpis*

Przyjęto w poczet członków zwyczajnych – wspierających* Towarzystwa decyzją Zarządu PTChN-M OR Warszawa uchwałą w dniu

.....
Sekretarz *Przewodniczący*

Adres zameldowania:

Nazwisko:Imię/imiiona:

Data urodzenia (rrrrr - mm – dd) :.....

Adres zamieszkania:

Kod: □ □ - □ □ □ Miasto:.....Gmina:.....

Dzielnica.....Ulica.....nrm.....

tel:.....kom:.....

E-mail:.....

Adres do korespondencji:

Jeśli inny adres j.w., □ prosimy o uzupełnienie:

Kod: □ □ - □ □ □ Miasto:.....Gmina:.....

Dzielnica.....Ulica.....nrm.....

tel:..... kom:.....

E-mail.....

Dodatkowy kontakt – prawny opiekun:

Nazwisko, imię:.....Tel:

ANKIETA - dotyczy CHOREGO

1. Rok zachorowaniaoraz rok otrzymania diagnozy

2. Czy Pani/Pan jest na rencie? a) ☐ tak b) ☐ nie

3. Czy Pani/Pan posiada grupę inwalidzką a) ☐ tak b) ☐ nie

Jeśli tak, to którą grupę inwalidzką:

a) ☐ I (znaczny stop. niepełnosprawności)

b) ☐ II (umiarkowany stop. niepełnosprawności)

c) ☐ III (lekki stopień niepełnosprawności)

d) ☐ nie ustalona

4. Czy korzysta Pani/Pan z rehabilitacji? a) ☐ tak b) ☐ nie

5. Czy porusza się Pani/Pan:

a) ☐ samodzielnie b) ☐ z niewielką pomocą c) ☐ z pomocą drugiej osoby

6. Czy pracuje Pani/ Pan? a) ☐ tak b) ☐ nie

7. Jaki posiada Pani/Pan zawód wyuczony (wykształcenie).....

i zawód wykonywany.....

.....

data i podpis Wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-Mięśniowych Oddział Regionalny Warszawa, 02-914 Warszawa, ul. Św. Bonifacego 10 w celach związanych z realizacją celów statutowych Towarzystwa, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Data i podpis Wnioskodawcy

**niepotrzebne skreślić*