



**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA\***  
**POLSKIEGO TOWARZYSTWA**  
**WSPIERANIA CHORYCH**  
**NA IDIOPATYCZNE WŁÓKNIENIE PŁUC – IPF**

Proszę w przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Towarzystwa Wspierania Chorych na Idiopatyczne Włóknienie Płuc – IPF. Oświadczam, że cele i zasady działania Towarzystwa są mi znane i zobowiązuję się do ich przestrzegania i wspierania.

*IMIĘ I NAZWISKO.. .....*

*DATA URODZENIA .. .....*

*ADRES ZAMIESZKANIA.....*

*.....*

*TELEFON KONTAKTOWY.....*

*E-MAIL.....*

Składka członkowska wynosi 15 zł na miesiąc, tj. 180 zł na rok – można opłacać kwartalnie lub rocznie.

W tytule przelewu proszę podać imię i nazwisko członka oraz okres za który jest wnoszona opłata

Nr konta: BGK 64 1130 1017 0020 1493 0920 0001

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w Deklaracji Członkowskiej przez Polskie Towarzystwo Wspierania Chorych na Idiopatyczne Włóknienie Płuc – IPF (administratora danych) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46 (Dz. U. UE 4.5.2016 L 119). Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celach statutowych Towarzystwa, a ich udostępnienie innym podmiotom może nastąpić wyłącznie na moją prośbę. Dane osobowe będą przechowywane przez cały okres członkostwa, a po jego zakończeniu - przez okres przedawnienia ewentualnych roszczeń. Posiadam prawo dostępu do swoich danych i ich poprawiania oraz możliwość rezygnacji z członkostwa w Towarzystwie.

*.....*

Miejscowość, data

*.....*

Podpis

**DECYZJA ZARZĄDU:**

Przyjęty (-a) w poczet członków zwyczajnych uchwałą Zarządu Nr ..... z dn. ....

Członek Nr..... na liście rejestru Członków

*.....*

Sekretarz

*.....*

Prezes

\* Prosimy o wypełnienie lub wydrukowanie wypełnionej deklaracji, jej podpisanie i przesłanie pocztą na adres: Towarzystwo Wspierania Chorych na Idiopatyczne Włóknienie Płuc - IPF, 01 - 138 Warszawa, ul. Płocka 26

## **ZAŁĄCZNIK\*\***

*STATUS* (chory, członek rodziny, pracownik medyczny, inny).....

*ZAWÓD*. .....

*DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI* (tworzenie i obsługa stron internetowych, zdolności plastyczne, kontakty z mediami, wiedza prawnicza, z zakresu rachunkowości, itp.).....

.....

.....

*MIEJSCE PRACY*.....

.....

### ***JEŚLI JESTEŚ CHORY NA IPF:***

*JAK DAWNO ROZPOZNANO CHOROBE?*.....

*GDZIE JESTEŚ POD OPIEKĄ LEKARSKĄ?*.....

.....

*CZY STOSUJESZ JAKIEŚ LEKI? JEŚLI TAK, TO JAKIE?* .

.....

*CZY UŻYWASZ TLENU W DOMU?*.....

*JAKIE SĄ WEDŁUG CIEBIE NAJWAŻNIEJSZE PROBLEMY I POTRZEBY CHORYCH NA IPF?*.....

.....

.....

.....

*JAK MOŻESZ WSPOMÓC DZIAŁALNOŚĆ TOWARZYSTWA?*

.....

.....

\*\* Zwracamy się do przyszłych członków o udostępnienie niektórych danych (ZAŁĄCZNIK), które mogą wspomóc nas w prowadzeniu działalności Towarzystwa, a także pozwolą na lepszą i sprawniejszą ocenę potrzeb i możliwości ich realizacji. Podane przez Państwa dane będą wykorzystane wyłącznie dla potrzeb Towarzystwa. Wypełnienie załącznika jest nieobowiązkowe i nie wpływa na decyzję o przyjęciu w poczet członków Towarzystwa.