



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA*
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
WSPIERANIA CHORYCH NA WŁÓKNIENIE PŁUC

Proszę w przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Wspierania Chorych na Włóknienie Płuc. 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 20 zł na miesiąc, tj. 240 zł na rok – przy opłacie jednorazowej rocznej 200 zł na rok. 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 Włóknienie Płuc (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 Włóknienie Płuc, 01 - 138 Warszawa, ul. Płocka 26 lub przesłanie skanu podpisanej deklaracji na adres mailowy: biuro@jpf.org.pl

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 WŁÓKNIENIE PŁUC:

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 WŁÓKNIENIE PŁUC?.....

.....

.....

.....

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.