



Polskie Towarzystwo  
Walki z Mukowiscydozą

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

A.     **imię i nazwisko:** .....

**imię i nazwisko ojca chorego:** .....

(tylko jeżeli deklarację składa chory na mukowiscydozę)

### Adres zameldowania:

kod pocztowy: ..... poczta: .....

mięscowość: ..... ulica: .....

numer domu/mieszkania: .....

data urodzenia: .....

Jestem (otocz obwódką właściwą odpowiedź):

**rodzicem/opiekunem chorego**

**chora/y na mukowiscydozę**

**zainteresowany PTWM**

B.     **Adres do korespondencji** (jeżeli inny niż w części A.)

kod pocztowy: ..... poczta: .....

mięscowość: ..... ulica: .....

nr domu/mieszkania: .....

### Dane dodatkowe (!nieobowiązkowe!):

PESEL: ..... seria i nr dowodu osobistego: .....

e-mail: .....

numer telefonu (z kierunkowym): .....

wykonywany zawód: .....

**Potwierdzam zgodność z prawdą powyższych danych zawartych w części A i B i proszę o przyjęcie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą (PTWM)**

.....  
(data i czytelny podpis)

**C. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze Statutem Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą**  
(tekst Statutu dostępny jest na stronie internetowej [www.ptwm.org.pl](http://www.ptwm.org.pl) oraz w siedzibie Zarządu Głównego).

**Zobowiązuję się do:**

- 1) przestrzegania postanowień Statutu oraz uchwał władz PTWM i regulaminów wewnętrznych,
- 2) współdziałania w realizacji celów PTWM,
- 3) uczestniczenia w Walnych Zebraniach Członków PTWM,
- 4) regularnego opłacania składek członkowskich.

Nowy członek PTWM jest zobowiązany do opłacenia rocznej składki członkowskiej w wysokości 30 zł niezwłocznie po złożeniu niniejszej „Deklaracji”, pozostali członkowie do końca I półrocza każdego roku na podany w nagłówku numer konta bankowego przekazem pocztowym lub osobiście w siedzibie PTWM.

.....  
(data i czytelny podpis )

### **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie, obecnie i w przyszłości, wyżej wymienionych moich danych osobowych, przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, w celach wynikających z jego działalności statutowej określonych szczegółowo w Statucie PTWM (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami).

Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. ustawy jest Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, ul. Jana Rudnika 3 b, 34-700 Rabka-Zdrój.

Moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna, zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych i ich poprawiania.

.....  
(data i czytelny podpis)

**D. Jeżeli deklarację członkowską składa rodzic lub opiekun prawny dziecka chorego na mukowiscydozę (poniżej 18 r.ż.) prosimy o dobrowolne podanie poniższych danych:**

Imię i nazwisko oraz data urodzenia dziecka (dzieci) chorego na mukowiscydozę:

.....

.....

.....

.....

### **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA/DZIECI**

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie, obecnie i w przyszłości, wyżej wymienionych danych osobowych mojego chorego na mukowiscydozę dziecka/podopiecznego, przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, w celach wynikających z jego działalności statutowej określonych szczegółowo w Statucie PTWM.

(zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami).

Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. ustawy jest Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, ul. Jana Rudnika 3 b, 34-700 Rabka-Zdrój.

Moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna, zostałem/-am poinformowany/-a o przysługującym mi prawie dostępu do danych mojego dziecka i ich poprawiania.

Jestem świadomy/-a, że powyższa zgoda obowiązuje do czasu osiągnięcia przez moje dziecko pełnoletności.

.....

(data i czytelny podpis)