

KARTA BENEFICJENTA
POLSKIEGO TOWARZYSTWA WALKI Z MUKOWISCYDOZĄ



A. DANE DOTYCZĄCE OSOBY CHOREJ (prosimy o uzupełnienie wszystkich pól)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zameldowania

Adres korespondencyjny

Telefony kontaktowe

E-mail

Adres strony www

Imię i nazwisko matki

Imię i nazwisko ojca

Czy któryś z rodziców ma odebrane/ograniczone prawa rodzicielskie NIE/ TAK*, który?.....

*Jeśli tak to prosimy załączyć dokumentację potwierdzającą odebranie praw rodzicielskich

(Załączono następujące dokumenty:))

Czy osoba chora jest ubezwłasnowolniona NIE/ TAK**

**Jeśli tak to prosimy załączyć dokumentację potwierdzającą ubezwłasnowolnienie

(Załączono następujące dokumenty:))

Czy osoba chora jest/chce być członkiem Towarzystwa? NIE/TAK***

*** Prosimy załączyć wypełnioną deklarację członkowską (jeśli nie była dotychczas dostarczona)

**B. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO UZYSKIWANIA INFORMACJI
I SKŁADANIA WNIOSKÓW W IMIENIU OSOBY CHOREJ**

Prosimy o uzupełnienie danych co najmniej jednej osoby. W przypadku niepełnoletnich chorych należy wpisać dane rodziców lub opiekunów prawnych. W przypadku chorych pełnoletnich należy wskazać dowolną osobę.

OSOBA I

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zameldowania

Adres korespondencyjny

Telefony kontaktowe

E-mail

Czy osoba upoważniona jest spokrewniona z osobą chorą? NIE/TAK****

**** Jeśli tak, to prosimy określić stopień pokrewieństwa:

Czy osoba upoważniona jest/chce być członkiem Towarzystwa? NIE/TAK*****

***** Prosimy załączyć wypełnioną deklarację członkowską (jeśli nie była dotychczas dostarczona)

OSOBA II

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zameldowania

Adres korespondencyjny

Telefony kontaktowe

E-mail

Czy osoba upoważniona jest spokrewniona z osobą chorą? NIE/TAK****

**** Jeśli tak, to prosimy określić stopień pokrewieństwa:

Czy osoba upoważniona jest/chce być członkiem Towarzystwa? NIE/TAK*****

***** Prosimy załączyć wypełnioną deklarację członkowską (jeśli nie była dotychczas dostarczona)

C. DANE DO KONTAKTU ELEKTRONICZNEGO/TELEFONICZNEGO

Prosimy o podanie danych, poprzez które będzie kierowana całość korespondencji elektronicznej dotyczącej działań pomocowych Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą.

E-mail (podać jeden, główny adres):

Telefon kontaktowy (podać jeden, główny numer, najlepiej komórkowy):.....

Numer rachunku bankowego (do rozliczeń środków z subkont):

.....

D. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH (pole obowiązkowe)

Ja niżej podpisany(-a) wyrażam zgodę na zbieranie oraz przetwarzanie wyżej wymienionych danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą z siedzibą w Rabce Zdroju, ul. Prof. Jana Rudnika 3B, 34-700 Rabka Zdrój (dalej: PTWM) w celu oraz zakresie jaki jest niezbędny do wykonywania celów statutowych PTWM określonych w §7 i §8 Statutu Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą. Oświadczam również, że:

a) wiem, iż administratorem danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą z siedzibą w Rabce Zdroju ul. Prof. Jana Rudnika 3B, 34-700 Rabka Zdrój. Kontakt z Administratorem jest możliwy poprzez: e-mail: poczta@ptwm.org.pl lub drogą pocztową;

b) Zostałem (-am) poinformowany(-a) o celach zbierania i przetwarzania danych osobowych przez PTWM oraz o przysługującym mi prawie dostępu do treści danych oraz ich poprawiania i uzupełniania oraz wniesienia żądania o zaprzestanie ich wykorzystywania;

c) jestem świadomy, że PTWM zbiera oraz przetwarza jedynie dane osobowe podane dobrowolnie, jakkolwiek odmowa podania danych osobowych może skutkować niemożliwością udzielenia odmawiającemu pomocy w zakresie celów statutowych PTWM;

d) wykonam niezwłocznie wobec osoby, której jestem opiekunem prawnym obowiązek poinformowania o uprawnieniach wynikających z art. 32 ust. 1 pkt 7 i 8 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

.....
Czytelny podpis beneficjenta¹

.....
Czytelne podpisy osób upoważnionych²

.....
Miejscowość i data

¹ Podpis osoby chorej pełnoletniej lub rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego chorego

² Podpisy wszystkich osób upoważnionych, wymienionych w części B