



## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

### POLSKIEGO TOWARZYSTWA WALKI Z MUKOWISCYDOŻĄ

**A. imię i nazwisko:** .....

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

(tylko jeżeli deklarację składa chory na mukowiscydozę)

#### Adres zameldowania:

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

miejsowość: ..... ulica: .....

numer domu/mieszkania: .....

data urodzenia: .....

PESEL.....

e-mail: .....

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

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: .....

miejsowość: ..... ulica: .....

nr domu/mieszkania: .....

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

**Członek PTWM jest zobowiązany do opłacenia rocznej składki członkowskiej w wysokości 30 zł niezwłocznie po złożeniu niniejszej „Deklaracji”, oraz 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**

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą moich danych osobowych , w celach wynikających z jego działalności statutowej określonych szczegółowo w Statucie PTWM

.....

(data i czytelny podpis)

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

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

.....

.....

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

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą danych osobowych mojego dziecka , w celach wynikających z jego działalności statutowej określonych szczegółowo w Statucie PTWM Jestem świadomy/-a, że powyższa zgoda obowiązuje do czasu osiągnięcia przez moje dziecko pełnoletniości.

.....

(data i czytelny podpis)

## **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 RODO, tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawach swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą jest w posiadaniu Pani/Pana danych osobowych w związku z realizacją zadań statutowych Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą, na podstawie art. 6 ust 1 lit a), b), c) oraz f) RODO, a ponadto:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą z siedzibą przy ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka-Zdrój;
2. z Polskim Towarzystwem Walki z Mukowiscydozą w zakresie danych osobowych można skontaktować się pisząc na adres e-mail: [iod@ptwm.org.pl](mailto:iod@ptwm.org.pl) lub pocztą na adres siedziby Towarzystwa;
3. dane, o których mowa w ust. 1 udostępnione zostały nam przez Panią/Pana dobrowolnie przy okazji przystępowania do Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą, przetwarzane będą w celu prawidłowej realizacji celów i zadań statutowych PTWM, a także celem zapewnienia Panu/Pani możliwości skorzystania z pełni praw przysługujących beneficjentom i członkom Towarzystwa i wywiązania się ze spoczywających na nich obowiązków. Dane te są niezbędne do pełnoprawnego funkcjonowania Pani/Pana jako członka/beneficjenta/opiekuna prawnego beneficjenta PTWM;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione innym podmiotom na postawie przepisów prawa państwowego;
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane również przez podmioty, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy prawa;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres Pani/Pana członkostwa w PTWM oraz przez wymagany w świetle obowiązującego prawa okres po jej wygaśnięciu, w celu archiwizowania danych lub dochodzenia roszczeń.

Jednocześnie informuję, iż ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu w zakresie otrzymywania korespondencji i informacji dotyczących życia i pracy Towarzystwa. W tym celu proszę o przesłanie takiej informacji na adres e-mail: [iod@ptwm.org.pl](mailto:iod@ptwm.org.pl) lub pocztą na adres siedziby Towarzystwa.

**Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego**

.....

(data i czytelny podpis)