

KARTA BENEFICJENTA POLSKIEGO TOWARZYSTWA WALKI Z MUKOWISCYDOZĄ

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

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

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 zamieszkania

Telefon kontaktowy

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 zamieszkania

Telefon kontaktowy

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 (dla posiadaczy subkont):

.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust 2 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/danych mojego dziecka, w celach wynikających z jego działalności statutowej określonych szczegółowo w Statucie PTWM.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych, które podaję.

.....

(data i czytelny podpis)

.....
Czytelny podpis beneficjenta¹.....
Czytelne podpisy osób upoważnionych²

.....

Miejscowość i data

¹ Podpis osoby chorej pełnoletniej lub rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego chorego² Podpisy wszystkich osób upoważnionych, wymienionych w części B

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z Rozporządzeniem 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), informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych jest **Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą**, ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka-Zdrój, wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa - Śródmieścia w Krakowie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000064892, Regon: 001280740, NIP: 7350027693; w dalszej części zwane „PTWM” lub „Administratorem”.
2. Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych, z którym w zakresie danych osobowych można skontaktować się pisząc na adres e-mail: iod@ptwm.org.pl lub pocztą na adres siedziby PTWM.
3. Dane osobowe beneficjenta PTWM / dane osobowe opiekuna prawnego / dane osobowe członka PTWM przetwarzane będą:
 - a) w celu świadczenia pomocy naszym beneficjentom i ich rodzinom m.in. poprzez wsparcie socjalne, psychologiczne, prawne i dietetyczne, prowadzenie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego oraz platformy pomocowej dla podopiecznych, prowadzenie subkonta 1% i subkonta darowizn, pomoc chorym w zbiorce środków na leczenie, organizację projektów domowej rehabilitacji, działalność informacyjną, edukacyjną i wydawniczą, w tym organizację warsztatów, szkoleń, Walnego Zgromadzenia Członków, wydarzeń charytatywnych, konkursów, wysyłkę czasopisma, kontakt telefoniczny, mailowy i wysyłkę korespondencji dotyczącej funkcjonowania PTWM, w tym realizowanych projektów i wydarzeń, podejmowanie wszelkich działań, niewymienionych wyżej, mających na celu poprawę jakości życia chorych na mukowiscydozę zgodnych z realizacją zadań statutowych PTWM określonych w par 7 Statutu: wszechstronne działanie na rzecz osób chorych na mukowiscydozę oraz ich rodzin, poprawa jakości życia chorych na mukowiscydozę, działanie na rzecz osób niepełnosprawnych chorych na mukowiscydozę, co jest prawnie uzasadnionym interesem Administratora na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, a także Art. 6 ust. 1 lit. a) lit. b) lit. c);
 - b) dane wrażliwe (na temat stanu zdrowia) przetwarzane są na podstawie Art. 9 ust 2 lit a) lit c) oraz lit. d);
 - c) w postaci publikacji wizerunku, w celu promocji działań Administratora poprzez informowanie w mediach i publikacjach własnych o działalności Administratora na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a); Art. 9 ust 2 lit a) tj. odrębnej, wyrażonej przez Panią/Pana zgody, lit c) i e)
4. Dane osobowe osoby upoważnionej w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, stopnia pokrewieństwa, adresu korespondencyjnego, telefonu kontaktowego, adresu e-mail, przetwarzane będą w celu uzyskiwania przez osobę upoważnioną informacji i składania wniosków w imieniu osoby chorej o zapewnienie usług świadczonych przez PTWM, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a) i lit. f) RODO. Uzasadniony interes administratora polega za zapewnieniu dostępu do usług i świadczeń dostarczanych przez PTWM osobom, które nie mogą tego zrobić osobiście.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty świadczące usługi dla PTWM w zakresie obsługi informatycznej, organizacyjnej, podmioty zajmujące się hostingiem strony www, dostawca oprogramowania potrzebnego do prowadzenia sklepu internetowego, podmioty realizujące dostawę towarów, pracownicy PTWM, wolontariusze, a także podmioty świadczące na zlecenie i we współpracy z PTWM formy pomocy dla podopiecznych, na podstawie odrębnych umów. Pani/Pana dane osobowe mogą być również udostępniane na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa organom administracji państwowej i samorządowej, którym jesteśmy zobowiązani przekazać Pani/Pana dane osobowe.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu odwołania zgody, dane osobowe przetwarzane w celu dokonywania rozliczeń będą przechowywane przez okres przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej wynikający z przepisów prawa; dane przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach sądowych) będą przechowywane przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego.
7. Posiada Pani/Pan:
 - a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;
 - b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
 - e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO;
 - f) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO;
 - g) w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Wskazane żądania mogą być wnoszone adres e-mail: iod@ptwm.org.pl lub pocztą na adres siedziby PTWM.

8. W przypadku, gdy Pani/Pana zdaniem przetwarzanie przez Administratora Pani/Pana danych narusza przepisy prawa, ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest niezbędne do korzystania z form pomocy wynikających ze statutu i oferowanych przez PTWM. Brak podania tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości zapisania go do bazy PTWM i świadczenia pomocy na rzecz beneficjenta/ członka PTWM.
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu (przetwarzanie bez udziału człowieka).