



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
POLSKIE TOWARZYSTWO STWARDNIENIA ROZSIANEGO (PTRS) ODDZIAŁ
W KOŃSKICH

Nr...../20....r

Dane osobowe: (prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania:

Miasto..... Ulica.....

Tel. kom. E-mail.....

PESEL..... Seria i nr dowodu.....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania):

Ulica..... Miasto.....

DEKLARACJA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z Oddział w Końskich. Oświadczam, że znane mi są cele, zadania i działania Towarzystwa ujęte w jego Statucie. Zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Oświadczam, że obecnie nie należę do innego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji członkowskiej przez Oddział Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego oraz Radę Główną Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Warszawie zgodnie z art. 6 ust. 1a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w celach związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia.

W przypadku zmiany danych osobowych lub kontaktowych zobowiązuje się niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA

Informujemy, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Oddział Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Końskich oraz Rada Główna Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Warszawie, zwane dalej Administratorem. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji działań statutowych Administratora jak też w zakresie wymaganych prawem obowiązków sprawozdawczych i kontrolnych dotyczących działalności Stowarzyszenia oraz wynikających ze statusu organizacji pożytku publicznego PTSR. Zebrane dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom. Mogą zostać udostępnione uprawnionym podmiotom publicznym w zakresie niezbędnym do wypełnienia ciężących na Towarzystwie obowiązków sprawozdawczych wynikających z ustawy Prawo o stowarzyszeniach oraz ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.
- 3) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 4) podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:
 - a) art. 6 ust. 1 a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z 4 maja 2016 r. L 119/1), które poniżej zwane jest Rozporządzeniem,
 - b) art. 10 ust. 1 pkt 4 ustawy z 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach Dz.U. z 2017 r., poz. 210, ze zm.) w zw. z § 8 ust 2 Statutu PTSR,
 - c) art. 6 ust. 1 c Rozporządzenia oraz art. 30 ust. 1 ustawy z 24 kwietnia 2003 r.o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity - Dz.U. z 2018 poz. 450 ze zmianami),
 - d) art. 6 ust. 1 c Rozporządzenia oraz art. 8 ust 5 w zw. z art. 25 i 25a ustawy Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 2017 r., poz. 210, ze zm.),
 - e) art. 9 ust. 2 a Rozporządzenia i art. 9 ust. 2 d Rozporządzenia – w zakresie dotyczącym danych o Państwa sytuacji zdrowotnej.
- 5) Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów statutowych Towarzystwa. **W przypadku braku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych nie będzie możliwe przyjęcie w poczet członków Towarzystwa. Udzielenie zgody na przetwarzanie danych na temat sytuacji zdrowotnej jest dobrowolne, nie jest niezbędne i nie ma wpływu na członkostwo w PTSR.**

- 6) Przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych:
- a) podane przez Państwa dane dotyczące sytuacji zdrowotnej, w tym w szczególności zawarte w dostarczonej przez Państwa w ankiecie,
 - b) podane przez Państwa pozostałe dane osobowe, to jest:
 - imię i nazwisko,
 - dane adresowe,
 - telefony kontaktowe,
 - adres poczty elektronicznej,
 - dane o przynależności do PTSR.
- 7) posiada Pani/Pan prawo do:
- a) żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania od Administratora sprostowania swoich danych osobowych,
 - c) żądania od Administratora usunięcia swoich danych osobowych,
 - d) do zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
 - e) żądania przeniesienia danych osobowych, czyli:
 - otrzymania danych osobowych, które dostarczył/a Pan/Pani Towarzystwu,
 - przesłania Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe (może też Pan/Pani samodzielnie wysłać otrzymane dane innemu administratorowi).
 - f) wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 9) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora zgodnie z obowiązującą ustawą do czasu wycofania zgody oraz w czasie, w jakim Towarzystwo podlega obowiązkowi sprawozdawczym i kontrolnym w zakresie swojej działalności.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

ANKIETA (dobrowolna)

Czy jesteś chory/chora na SM? (zaznacz)

- TAK
- NIE

Jeśli tak, to jaką postać SM masz rozpoznaną (zaznacz)

- Rzutowo-reemisyjna
- Wtórnie-postępująca
- Pierwotnie-postępująca
- Rzutowo-postępująca

Skąd dowiedziałeś/ dowiedziałaś się o naszym Stowarzyszeniu?

- Internet,
- od lekarza,
- z polecenia (rodzina, znajomi),
- inne (jakie?).....

Jakiego rodzaju działania (twoim zdaniem) są potrzebne chorym na SM i ich bliskim?

.....
.....

Jak chcesz się włączyć w działania organizacji?

- wsparcie finansowe: darowizny /datki
- wsparcie rzeczowe – jakie?

.....

wsparcie jako wolontariusz/ wolontariuszka

inne.....

W czym mogłabyś/ mógłbyś pomóc?

.....
.....
.....

Jakim czasem dysponujesz?

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym dotyczących stanu zdrowia, zawartych w ankiecie przez Oddział Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego w Końskich oraz Radę Główną Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Warszawie zgodnie z art. 6 ust. 1a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w celach związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia.

W przypadku zmiany danych osobowych lub kontaktowych zobowiązuje się niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Uchwała Rady Oddziału PTSR Oddział w Końskich

Uchwałą nr z dnia Pan/Pani/
został(a) przyjęty(a) w poczet Członków Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Końskich

.....
Podpis Przewodniczącego Rady Oddziału

.....
Miejscowość, data