

Do Zarządu Stowarzyszenia

STOWARZYSZENIE NA RZECZ DZIECI I DOROSŁYCH Z SYNGAP1 I
INNymi CHOROBAmi RZADKIMI " RAZEM dla SYNGAP1"

DEKLARACJA NA CZŁONKA ZWYCZAJNEGO / WSPIERAJACEGO *

1. Informacje o Kandydacie

1.1. Dane Kandydata (Rodzic / Prawny Opiekun / inna osoba)

Imię lub imiona

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

1.2. Informacje o podopiecznym

Imię lub imiona.....

Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

.....

1.3. Adres zameldowania (dziecka)

ulica/wieś.....nr domu.....nr lokalu.....

kod pocztowy.....miejsowość

województwo.....

telefon (rodziców/opiekunów).....e-mail.....

.....

2. Informacje o podopiecznym

2.1. Jednocześnie informuję, że Podopieczny jest/był * pod opieką

- Poradnia/Ośrodek rehabilitacyjny

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

- Lekarzy

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

- Placówki edukacyjnej

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

2.2. Historia choroby

- mutacje genetyczne, ich objawy i choroby współistniejące

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

2.3. Ponadto zachęcamy serdecznie do podzielenia się z nami dodatkowymi informacjami, które Pan/Pani * uzna za interesujące i ważne

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

3. Oświadczenie Kandydata / Rodzica / Innych Prawnych Opiekunów Kandydata na członka Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci i Dorosłych z SYNGAP1 i innymi chorobami rzadkimi "RAZEM dla SYNGAP1"

Oświadczam że jestem Kandydatem na Członka Zwyczajnego / Wspierającego * Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci i Dorosłych z SYNGAP1 i innymi chorobami rzadkimi „RAZEM dla SYNGAP1”

Oświadczam, że spełniam warunki statusu członków Stowarzyszenia, które znajdują się w Statucie Stowarzyszenia;

Oświadczam, że zapoznałam/em się ze Statutem Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci i Dorosłych z SYNGAP1 i innymi chorobami rzadkimi " RAZEM dla SYNGAP1";

Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu oraz uchwał władz Stowarzyszenia i aktywnego uczestnictwa w jego działalności;

Wyrażam / nie wyrażam * zgody na przedstawianie mojego imienia i nazwiska w publicznych spisach członków Stowarzyszenia (proszę podkreślić odpowiednie).

Data wypełnienia

Czytelny podpis Kandydata

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci i Dorosłych z SYNGAP1 i innymi chorobami rzadkimi "RAZEM dla SYNGAP1" z siedzibą w Glinicy 12 67-231 Żukowice.

Celem zbierania danych jest realizacja zadań regulaminowych Stowarzyszenia,

2. W związku z przetwarzaniem przez Stowarzyszenie danych osobowych przysługuje Panu/Pani * prawo do:
 - a) dostępu do treści danych na podstawie art. 15 rozporządzenia RODO;
 - b) sprostowania danych na podstawie art. 16 rozporządzenia RODO;
 - c) usunięcia danych na podstawie art. 17 rozporządzenia RODO;
 - d) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 rozporządzenia RODO;
 - e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 rozporządzenia RODO;
 - f) przeniesienia danych na podstawie art. 20 rozporządzenia RODO.
3. Wyrażenie zgody na przechowywanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów regulaminowych. W przypadku braku wyrażenia zgody nie będzie możliwe przyjęcie w poczet członków Stowarzyszenia
4. Zgoda na przechowywanie i publikowanie zdjęć jest dobrowolna. W przypadku niewyrażenia zgody, Pan/Pani * zobowiązuje się zadbać o to, aby nie uczestniczyć w sesjach fotograficznych podczas spotkań organizowanych przez Stowarzyszenie.
5. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać udostępnione innym odbiorcom lub powierzone innym podmiotom i instytucjom w celu realizacji celów statutowych Stowarzyszenia.
6. Dane udostępnione przez Pana/Panią * nie będą podlegały profilowaniu.
7. Przysługuje Panu/Pani * prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Pan/Pani ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres członkostwa w Stowarzyszeniu, natomiast po ustaniu członkostwa przez okres niezbędny do rozliczeń projektów, w których brał(a) Pan/Pani * udział jako członkowie Stowarzyszenia, oraz przez czas niezbędny na dopełnienie przez Stowarzyszenie obowiązku związanego z archiwizacją dokumentów wynikającego z powszechnie obowiązujących przepisów krajowych.

Data wypełnienia

Czytelny podpis kandydata