**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

**POLSKIE TOWARZYSTWO STWARDNIENIA ROZSIANEGO**

**ODDZIAŁ W SIERADZU**

**CZŁONEK ZWYCZAJNY**

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 zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Sieradzu ul. Jana Pawła II 41 A, 98-200 Sieradz.

Oświadczam, że znane mi są cele, zadania i działania Stowarzyszenia ujęte w jego Statucie. Zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Zobowiązuję się wpłacać składki roczne w wysokości **60,00** zł (słownie: sześćdziesiąt złotych 00/100) na konto PTSR Oddział w Sieradzu nr **36 1090 2590 0000 0001 4702 0406 lub do kasy PTSR Oddział w Sieradzu.**

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji członkowskiej przez Oddział w Sieradzu, 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 Stowarzyszenie.

.......................................................................... ………………………………………………… Miejscowość, data Podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**Informujemy, że:**

**1)** administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Sieradzu 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 ciążących na Stowarzyszeniu obowiązkach 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 są:

**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 Stowarzyszenia. **W przypadku braku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych nie będzie możliwe przyjęcie w poczet członków Stowarzyszenia.**

**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 Stowarzyszeniu,

- przesłania Stowarzyszenie 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 Stowarzyszenie podlega obowiązkom sprawozdawczym i kontrolnym w zakresie swojej działalności.

**Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią klauzulą informacyjną.**

.......................................................................... …………………………………………………

Miejscowość, data Podpis

**Uchwała Rady Oddziału PTSR**

Uchwałą nr ……………….….. z dnia ……..…………. Pan/Pani/ ………………………………………………………………………………

został(a) przyjęty(a) w poczet Członków Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Sieradzu w charakterze Członka Zwyczajnego.

……………………………………………………………………… ……………………………………………… Podpis Przewodniczącego/-ej Rady Oddziału PTSR Miejscowość, data

**ANKIETA (dobrowolna)**

**1.Czy jesteś chory/chora na SM? (zaznacz)**

* TAK
* NIE

**2.Jeśli tak, to jaka postać (zaznacz**)

* Rzutowo-reemisyjna
* Wtórnie-postępująca
* Pierwotnie-postępująca
* Typ rzutowo-postępujący

**3.Skąd dowiedział(a) się Pan/Pani o naszym Stowarzyszeniu?**

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**5.Podaj rok zachorowania na SM (pierwszych objawów)...........................................oraz rok otrzymania potwierdzonej diagnoz**y………………………………………..

**6.Jak chcesz się włączyć w działania organizacji?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7.Jakiego wsparcia / działań oczekujesz od organizacji?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym dotyczących stanu zdrowia, zawartych w ankiecie przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Sieradzu 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