

POLSKA AKADEMIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECIĘCEJ

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Nazwisko i imię: PESEL

Adres zamieszkania:

Kontakt (telefon stacjonarny, komórkowy, e-mail)

Wykształcenie

Wykonywany zawód:

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Polskiej Akademii Niepełnosprawności Dziecięcej i zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz aktywnego uczestnictwa w działalności stowarzyszenia.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji Członkowskiej na potrzeby realizacji statutowych celów Polskiej Akademii Niepełnosprawności Dziecięcej zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO) jak również na wykorzystywanie mojego wizerunku na zdjęciach i filmach wykonanych przez Polską Akademię Niepełnosprawności Dziecięcej służących promocji jej działalności statutowej.

Wersję papierową należy składać w sekretariacie Kliniki Ortopedii Dziecięcej pok. 104, natomiast wersję elektroniczną (skan) drogą mailową do dnia 12.10.2020r. na adres: pandapoland.org@gmail.com

.....
/czytelny podpis i data/

Załącznik:

1/ Informacja o RODO.

Przyjęto Panią/ Pana

w poczet członków stowarzyszenia POLSKA AKADEMIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECIĘCEJ

uchwałą Zarządu Stowarzyszenia nr: z dnia:

Za Zarząd Podpis i data

/imię, nazwisko/