

PRISTOPNA IZJAVA ZA NOVE ČLANE



Spodaj podpisana/podpisani prostovoljno izjavljam, da želim postati član-ica Zdrúženja bolnikov z miastenijo gravis in kongenitalnim miasteničnim sindromom (v nadaljevanju Zdrúženje MG in CMS) in za potrebe evidence zdrúženja posredujem sledeče podatke:

Ime in priimek:	
Datum rojstva:	Kraj rojstva:
Stalno bivališče:	
Začasno bivališče:	
Telefon/GSM:	
E –pošta:	

Ustrezno (*obkroži*):

a. REDNI ČLAN

b. PODPORNÍ ČLAN

V skladu s statutom zdrúženja se obvezujem plačevati letno članarino, kot jo določi zbor članov zdrúženja. Kot član/ica zdrúženja bom sodeloval/a pri aktivnostih zdrúženja, ki jih je zdrúženje zapisalo v svoj statut in jih bo na vsakoletnem zboru članov opredelilo v programu dela za posamezno leto. Zavezujem se, da bom spoštoval/a STATUT in druge akte zdrúženja. Zdrúženju dovoljujem zbiranje, obdelavo in uporabo mojih osebnih podatkov za potrebe delovanja zdrúženja, pri čemer je zdrúženje dolžno ravnati v skladu z določili Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1).

DOVOLJUJEM / NE DOVOLJUJEM (*obkroži*)

tudi javno objavlanje slikovnega, video ali zvočnega materiala, na katerih se osebno pojavim oziroma sem prikazan/a, s katerim se predstavlja dejavnost zdrúženja.

Za osebe mlajše od 15 let, izjavo podpiše eden od staršev ali skrbnikov.

Zdrúženje se veseli novih članov in novih idej, ki vam jih bomo pomagali realizirati.

V _____, dne _____ Lastnoročni podpis: _____

Lastoročno podpisano izjavo pošljite na naslov: **Zdrúženje MG in CMS, Vrečarjeva ulica 47, 1291 Škofljica**