

.....  
Miejscowość, data

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisany(a) .....

adres kontaktowy: .....

telefon: ....., adres e-mail: ....., wiek: .....

wyrażam pisemną chęć przystąpienia do

**Pomorskiego Stowarzyszenia Chorych na Łuszczycę „ Fala Nadziei ”**

i zobowiązuję się do regularnego płacenia składek.

.....  
Data i podpis

-----  
*Prosimy o odesłanie podpisanej deklaracji oraz formularza RODO (na następnej stronie) na poniższy adres:*

*Pomorskie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „Fala Nadziei”*

*80-564 Gdańsk, ul. Solec 4.*

*lub po podpisaniu - zeskanowanie i odesłanie na adres:*

*stowarzyszenie@falanadziei.pl*

Bank Zachodni WBK S.A.

I Oddział w Gdańsku

nr konta: 32 1090 1098 0000 0001 0644 9321

tytuł przelewu: „składka członkowska, imię i nazwisko członka”.

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

członka Pomorskiego Stowarzyszenia Chorych na Łuszczycę FALA NADZIEI w Gdańsku

Dotyczy: członkostwa w Pomorskim Stowarzyszeniu Chorych na Łuszczycę FALA NADZIEI w Gdańsku,

Członek Stowarzyszenia:

.....  
Imię i Nazwisko,

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE.L Nr 119, str. 1) w zakresach :

1. Imiona , nazwisko, adres e-mail, nr telefonu, adres zamieszkania,  
w celach prowadzenia działalności Pomorskiego Stowarzyszenia Chorych na Łuszczycę FALA NADZIEI w Gdańsku, jako baza członków Stowarzyszenia;
2. Imiona , nazwisko, adres e-mail, nr telefonu, adres zamieszkania,  
w celach prowadzenia sprawozdawczości finansowej jako organizacji non - profit;
3. Imiona, nazwisko, adres e-mail, nr telefonu, adres korespondencyjny:  
w celach prowadzenia czynności informacyjnych i marketingowych na rzecz Pomorskiego Stowarzyszenia Chorych na Łuszczycę FALA NADZIEI w Gdańsku oraz informowania mnie o:
  - nowych konferencjach, sympozjach, zjazdach, warsztatach lub seminariach organizowanych przez Stowarzyszenia pacjenckie,
  - nowych produktach leczniczych polecanych przez Stowarzyszenie,
4. Imiona, nazwisko,  
w celu zamieszczenia na stronie internetowej Stowarzyszenia lub Stowarzyszeń współpracujących w ramach wspólnych celów, podobizny umożliwiającej identyfikację.

Przetwarzanie danych prowadzone będzie przez Pomorskie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę FALA NADZIEI z siedzibą w Gdańsku ul. Solec 4.

.....  
Data

.....  
Miejsce

.....  
Podpis osoby wyrażającej zgodę