



ČLENSKÁ PRIHLÁŠKA do občianskeho združenia DebRA SR

Meno:..... **Priezvisko:** **Titul:**.....

Dátum narodenia:.....

Bydlisko:.....

Telefón:.....

E-mail:.....

Pacient s EB: Áno – Nie (nehodiace sa prečiarknite) **Typ EB:**.....

Príbuzenský vzťah k pacientovi s EB:.....

Svojím podpisom potvrdzujem, že sa chcem stať právoplatným členom občianskeho združenia DebRA SR, združujúceho pacientov s Epidermolysis bullosa, ich rodinných príslušníkov a priaznivcov.

Zároveň sa stotožňujem so Stanovami DebRA SR a všetkými internými predpismi, jej poslaním a cieľmi.

Týmto udeľujem súhlas podľa § 11 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov so spracúvaním mojich osobných údajov organizáciou DebRA SR, SNP 55, 908 73 Veľké Leváre, DebRA SR registrovaná MV SR pod reg. číslom: VVS/1-900/90-33727, IČO: 46269895, DIČ:2023204502, IBAN: SK6311000000002629861333, uvedených v Prihláške registrovanej dňa*, počas členstva v DebRA SR, ak všeobecný predpis neurčuje inak.

Účelom spracúvania osobných údajov je jednoznačná identifikácia člena DebRA SR.

V..... **dňa**..... **Podpis:**.....

* Vypĺňa predseda DebRA SR