

PŘIHLÁŠKA ČLENA SPOLKU PARENT PROJECT

Jméno a příjmení :

Poštovní adresa :

Telefonní kontakt :

E-mailová adresa :

Přenašečka DMD/BMD : ANO NE (ženy zaškrtnou platnou volbu)

Souhlasím, že se přidruženým členem spolku stane pacient s DMD/BMD (přidruženým členstvím nevznikají žádné povinnosti, viz stanovy spolku):

Jméno a příjmení dítěte :

Datum narození dítěte :

Diagnóza dítěte :

Souhlasím s podmínkami členství v rozsahu platných stanov spolku PARENT PROJECT (aktuální verze stanov je uvedena na www.parentproject.cz). Souhlasím s tím, že výše uvedené údaje budou využity výkonným výborem a zaměstnanci spolku PARENT PROJECT, z.s. ke shromažďování, zpracování a uchování mých osobních údajů ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Údaje budou využity pouze pro vedení seznamu členů spolku, pro potřeby kontaktování členů a nebudou poskytnuty jiné osobě či organizaci, a to v rozsahu jméno a příjmení, poštovní adresa, telefonní kontakt, emailová adresa, jméno a příjmení dítěte, datum narození dítěte a diagnóza dítěte s DMD/BMD.

Datum:

Podpis:

Vyplněnou přihlášku zasílejte na adresu: PARENT PROJECT, z.s., Rudé armády 59, 431 44 Droužkovice. Bližší informace ke členství podá: Ing. Jitka Reineltová, telefon: 776 001 206, e-mail: parentproject@parentproject.cz.