



PRISTOPNA IZJAVA

Spodaj podpisani(a) izjavljam, da se želim prostovoljno včlaniti v Društvo bolnikov z distonijo Slovenije. Kot član(ica) društva bom sodeloval(a) pri aktivnostih društva, ki jih je društvo zapisalo v svoj statut in jih bo na vsakoletnem občnem zboru opredelilo v programu dela za posamezno leto. Za bolnike z distonijo in njihove skrbnike ni članarine.

ime in priimek

rojstni datum

naslov

telefon

e-pošta

Bolnik _____
Ni članarine

Skrbnik _____
Ni članarine

Podporni član _____
Plačujem donacije po želji – vendar najmanj 50 € za tekoče koledarsko leto in se s tem ne obvezujem k delu društva.

Društvo se zavezuje, da bo zbrane podatke obdelovalo v skladu z slovensko in EU zakonodajo s področja varstva osebnih podatkov (Splošno uredbo o varstvu osebnih podatkov 2016/679), in sicer le za namen aktivnosti Društva bolnikov z distonijo Slovenije ter jih ne bo posredovalo tretjim osebam brez vašega soglasja.

kraj in datum

podpis

Pristopno izjavo natisnite in izpolnjeno pošljite po pošti na naslov:

Društvo dbd Slovenije, Seča 71, 6320 Portorož

ali pa izpolnjeno in skenirano na e-naslov:

info@distonija.si



QR koda prijavnice v
digitalni (pdf) obliki