

Stowarzyszenie Zespołu Williamsa

DEKLARACJA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Stowarzyszenia Zespołu Williamsa z siedzibą w Bielawie 58-260, ul. Pocztowa 6. Deklaruję regularne opłacanie składki rocznej¹ na konto w banku: PKO Bank Polski SA, nr konta: **82 1440 1387 0000 0000 0709 0145**.

Oświadczam, że zapoznałam/em się ze Statutem Stowarzyszenia, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim postanowień.

Imię i nazwisko

Imię i data urodzenia dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres

Numer telefonu stacjonarnego

Numer telefonu komórkowego

Adres e-mail

Zawód

Numer dowodu osobistego

Numer PESEL

.....
Data

.....
Czytelny podpis

Stowarzyszenie Zespołu Williamsa informuje, że:

Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Zespołu Williamsa z siedzibą w Bielawie, ul. Pocztowa 6. Dane zbierane są i przechowywane przez Zarząd Stowarzyszenia.

- 1) Dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez Stowarzyszenie Zespołu Williamsa wyłącznie w takim zakresie, jaki jest niezbędny do realizacji celów statutowych Stowarzyszenia.
- 2) Każdy, którego dane osobowe gromadzi Stowarzyszenie Zespołu Williamsa, ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania, jak również do żądania ich usunięcia.
- 3) Zgromadzone dane osobowe są chronione zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Zgromadzone dane osobowe Stowarzyszenie Zespołu Williamsa może udostępnić jedynie innym rodzinom osób z Zespołem Williamsa – członkom Stowarzyszenia, tylko w przypadku podpisania zgody na takie udostępnianie.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam(-am) poinformowany(-a) o celach pozyskania moich danych osobowych oraz wyrażam dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) przez Stowarzyszenie Zespołu Williamsa z siedzibą w Bielawie, ul. Pocztowa 6, 58-260 Bielawa, w zakresie jaki jest niezbędny do wykonywania celów statutowych Stowarzyszenia. Zostałam(-am) poinformowany(-a) o przysługującym mi prawie wglądu do danych oraz ich poprawiania i uzupełniania.

.....
Data

.....
Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych innym rodzinom osób z Zespołem Williamsa w zakresie (zaznaczyć właściwy/e kwadrat/y):

- adres
- adres e-mail
- telefon

.....
Data

.....
Czytelny podpis

¹ Aktualnie składka roczna wynosi 100,00 zł. Opłaty można dokonywać jednorazowo, co pół roku (2*50,00 zł), kwartalnie (4*25,00 zł) lub miesięcznie (12*8,34 zł).

ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Ja.....ur.....
(imię i nazwisko) (data)

W....., legitymujący się
(miejsce urodzenia)

.....
(wpisać rodzaj, serię i numer dokumentu)

wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Stowarzyszenie Zespołu
Williamsa

.....
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU DZIECKA

Ja.....ur.....
(imię i nazwisko) (data)

W....., legitymujący się
(miejsce urodzenia)

.....
(wpisać rodzaj, serię i numer dokumentu)

wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

przez Stowarzyszenie Zespołu Williamsa

.....
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)