

**DEKLARACJA CZŁONKOWSTWA WSPIERAJĄCEGO**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet Członków Wspierających Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. Akceptuję i popieram działalność Stowarzyszenia oraz zobowiązuję się do przestrzegania zasad określonych w Statucie.

|  |
| --- |
| 1. DANE CZŁONKA OSMN
 |
| Imię i Nazwisko |  |
| Data urodzenia  |  |
| PESEL |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| 1. ADRES ZAMIESZKANIA
 |
| Ulica  |  | Nr. domu |  | Nr. lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Województwo |  |
| Chcę otrzymywać mailem informacje od Stowarzyszenia (m.in. o wydarzeniach, nowych produktach itd.)? |  |
| Inne (nie obowiązkowe): np. jestem osobą dializowaną, członkiem rodziny osoby dializowanej, osobą z PChN, po transplantacji, od kiedy … |  |

Wypełnić czytelnie

Oświadczam, że:

1) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie zostałam(em) pozbawiona(y) praw publicznych,

2) znane mi są postanowienia statutu, cele i zasady działania Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. (Statut dostępny na jest na stronie www.moje-nerki.pl)

..........................................................

data, podpis

*KLAUZULA INFORMACYJNA*
do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

|  |  |
| --- | --- |
| Administratorem Pana/i Danych jest: | Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki30-237 Kraków ul. Wilczy Stok 12e-mail: osod@osod.info |
| Pana/Pani dane będą przetwarzane w celu: | * Realizacji celów statutowych stowarzyszenia, w tym zapewnienia członkom korzystania z usług i beneficjów przewidzianych dla członków stowarzyszenia.
* Zapewnienia komunikacji z członkami stowarzyszenia w zakresie działań statutowych, informowania o wydarzeniach, spotkaniach, oraz sprawozdawczości.
 |
| Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: | art. 6 ust. 1 lit. a, lit. f RODO /podpisana przez Panią/Pana umowa. |
| Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów: |  Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom zewnętrznym w zakresie niezbędnym do realizacji celów statutowych stowarzyszenia, takim jak np. firmy obsługujące korespondencję, wewnętrzne biuro księgowe, itp. Odbiorcy ci są zobowiązani do zachowania poufności i bezpieczeństwa Twoich danych. |
| Okres przechowywania danych: | * Dane osobowe będą przechowywane przez okres obowiązywania członkostwa w stowarzyszeniu aż do wycofania zgody,
* przez okres do 5 lat od momentu ustania członkostwa .
 |
| Ma Pana/Pani prawo do: | 1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,
2. ograniczenia przetwarzania swoich danych,
3. przenoszenia danych,
4. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
 |
| Podane przez Panią/Pana dane są: | Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże jest niezbędne do realizacji celów statutowych stowarzyszenia i korzystania z praw przysługujących członkom . |
| Pana/Pani dane: | nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji ani profilowaniu |

DECYZJA

Zarząd OSMN decyzją z dnia …………………………………….. postanowił przyjąć/oddalić powyższą prośbę.

ZA ZARZĄD

.……………………………………………….

Prezes/Wiceprezes