

PRISTOPNA IZJAVA

Podatki o članu (izpolni z velikimi tiskanimi črkami):

IME: _____ PRIIMEK: _____

NASLOV: _____

SPOL (obkroži): Ž M DATUM ROJSTVA (neobvezno): _____

TELEFON (neobvezno): _____

ELEKTRONSKI NASLOV (neobvezno): _____

PROSTOVOLJNO VSTOPAM V DRUŠTVO SLOVENIJA HEP

S svojim podpisom te pristopne izjave sprejemem Statut Slovenskega društva bolnikov obolelih za hepatitisom SLOVENIJA HEP, v katerega se včlanjujem. Dovoljujem zbiranje mojih osebnih podatkov, ki so nujno potrebni za delovanje društva. Zagotavljam vam, da bomo vse podatke, ki nam jih boste na kakršenkoli način posredovali, brezpogojno varovali ter ravnali z njimi v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1, Ur.l.RS št. 86/2004, 113/2005).

USTREZNO OZNAČITE IN IZPOLNITE:

1. Članarino sem poravnal z gotovino dne _____.
2. Članarino sem nakazal z bančnim nakazilom dne _____. (Prosimo, če nam lahko posredujete dokazilo o plačilu na elektronski naslov info@slovenijahep.si ali po pošti na naslov društva).
3. Članarina naj se plačuje z direktno bremenitvijo iz mojega TRR: _____, odprtega pri _____.
(Vsako leto vas bomo vsaj 7 dni pred izvedbo direktne bremenitve po elektronski pošti obvestili o višini članarine).

V DRUŠTVU ŽELIM SODELOVATI KOT (OBKROŽITE) :

- a) BOLNIK/SVOJEC/ČLAN DRUŽINE obolelega s hepatitisom
- b) ZDRAVNIK/ZDRAVSTVENI DELAVEC/RAZISKOVALEC
- c) PROSTOVOLJEC
- d) DRUGO: _____

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

IZPOLNI DRUŠTVO SLOVENIJA HEP

Pogoji za včlanitev **SO NISO** izpolnjeni.

Zaporedna številka člana:

Datum prejema pristopne izjave:

Društvo SLOVENIJA HEP se zavezuje, da bo podatke uporabljalo v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov in sicer izključno za namene delovanja društva.

..... (žig in podpis)