

## **DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

**numer.....**

**Ja, niżej podpisany/a zgłaszam chęć przystąpienia do Polskiego Stowarzyszenia Narkolepsji.**

**Oświadczam, iż jestem osobą z rozpoznaniem narkolepsji /hipersomni, członkiem rodziny osoby z rozpoznaniem narkolepsji/ hipersomni, rodzicem dziecka z rozpoznaniem narkolepsji /hipersomni.\***

|                                                                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                                                                      |  |
| <b>Data urodzenia</b>                                                                                                       |  |
| <b>Adres do korespondencji</b>                                                                                              |  |
| <b>adres zamieszkania</b>                                                                                                   |  |
| <b>Nr telefonu</b>                                                                                                          |  |
| <b>Adres E-mail</b>                                                                                                         |  |
| <b>Czy chce Pan/Pani otrzymywać informacje o wydarzeniach, aktualnych działaniach Polskiego Stowarzyszenia Narkolepsji?</b> |  |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji członkowskiej (i ew. w ankiecie) przez Polskie Stowarzyszenie Narkolepsji (administratora danych), ul. Jana III Sobieskiego 9 U-C4 02-957 Warszawa, tel. 537-358-537, dla potrzeb niezbędnych do realizacji celów statutowych Stowarzyszenia, zgodnie ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO). Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia oraz możliwość pisemnej rezygnacji z członkostwa w Stowarzyszeniu. Dane będą przetwarzane do czasu ewentualnej rezygnacji z członkostwa w Stowarzyszeniu. Dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom.

.....  
(miejscowość, data, podpis osoby składającej deklarację)

☐ **Zgłaszam chęć uczestnictwa w badaniach naukowych prowadzonych w obszarach nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk społecznych oraz chęć otrzymywać informacje o tychże przedsięwzięciach.**

**Polskie Stowarzyszenie Narkolepsji**  
**ul. Jana III Sobieskiego, 02-957 Warszawa**  
**REGON: 522648307 , NIP:5213978270**

.....  
(miejscowość, data, podpis osoby składającej deklarację)

☐ Wyrażam zgodę na robienie filmów i zdjęć, indywidualnych i w małych grupach ludzi, z udziałem mojej osoby, a także na przetwarzanie mojego wizerunku do celów informacyjno-promocyjnych związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia. Zostałem/-łam poinformowany/-na, że w każdej chwili mam prawo do cofnięcia wyrażonej powyżej zgody.

.....  
(miejscowość, data, podpis osoby składającej deklarację)