

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
POLSKIEGO STOWARZYSZENIA RODZIN Z ATREZJĄ PRZĘŁYKU

(wypełnić drukowanymi literami)

Imię			Nazwisko	
Adres zamieszkania	Ulica			
	Kod pocztowy		Miejscowość	
Data urodzenia			Miejsce urodzenia	
PESEL				
Adres e-mail			Nr telefonu	
Imię dziecka*			Data urodzenia dziecka*	

*wypełnij, jeżeli jesteś rodzicem/opiekunem ustawowym dziecka/osoby dorosłej urodzonej z atrezią przełyku

Mój status: (zaznacz „X” odpowiednie okienko)

- ☐ Rodzic/opiekun ustawowy dziecka z atrezią przełyku
- ☐ Dziecko urodzone z atrezią przełyku (wyłącznie za zgodą opiekuna ustawowego)
- ☐ Dorosły urodzony z atrezią przełyku (dot. osoby powyżej 18 r.ż.)
- ☐ Wspierający (z jakiego powodu?)

Wnoszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Stowarzyszenia Rodzin z Atrezią Przełyku. Zobowiązuję się do opłacania składek członkowskich, przestrzegania Statutu Polskiego Stowarzyszenia Rodzin z Atrezią Przełyku oraz stosowania się do decyzji i uchwał władz Polskiego Stowarzyszenia Rodzin z Atrezią Przełyku.

Oświadczam, iż zapoznałem się z uchwałą nr 5/2024 w sprawie ustalenia wysokości, sposobu, oraz terminu wnoszenia składek członkowskich. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wysokość składki członkowskiej może ulec zmianie, którą określa Walne Zgromadzenie Członków.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Deklaracji członkowskiej dla realizacji celów statutowych Polskiego Stowarzyszenia Rodzin z Atrezią Przełyku (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Dz. U. 1997 nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

dnia

.....
/czytelny podpis kandydata lub opiekuna ustawowego/

Wprowadzający:

Uchwała nr

Uchwałą Zarządu z dnia kandydat został przyjęty w poczet Polskiego
Stowarzyszenia Rodzin z Atrezią Przełyku.

.....
/podpis osoby uprawnionej/

Skan można przesłać e-mailem: kontakt@przelyczki.org.pl lub pocztą: Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atrezią Przełyku, ul. Piękna 60ab/17, 50-506 Wrocław.

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez
Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atreją Przelyku w związku
z przyjęciem w poczet członków Stowarzyszenia**

Ja, niżej podpisana/podpisany,
w związku z postanowieniami art. 6 ust. 1 lit. a 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L.2016.119.1 z dnia 04.05.2016 r. ze zm.) oraz faktem przyjęcia mnie w poczet członków Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atreją Przelyku, oświadczam, iż *(proszę zaznaczyć właściwe pole wstawiając znak „X”)*:

- ☐ wyrażam zgodę
- ☐ nie wyrażam zgody

na przetwarzanie przez Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atreją Przelyku (adres: ul. Piękna 60ab/17 50-506 Wrocław, numer KRS: 0001124653), następujących kategorii moich danych osobowych: imię, nazwisko, miejsce i datę urodzenia (w tym wiek), adres zamieszkania (i/lub adres korespondencyjny), PESEL, adres e-mail, numer telefonu w zakresie i w związku z posiadaniem statutu członka Polskiego Stowarzyszenia Rodzin z Atreją Przelyku w tym w celu zapewnienia mi korzystania z praw wynikających z członkostwa ww. Stowarzyszeniu.

Oświadczam również, iż:

- 1) niniejszej Zgody udzielam nieodpłatnie i na czas nieokreślony;
- 2) mam świadomość tego, że mogę odwołać niniejszą zgodę w każdym czasie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania moich danych osobowych, którego dokonano na podstawie niniejszej zgody przed jej cofnięciem, jak również, iż cofnięcie niniejszej zgody będzie skutkowało utratą posiadania przeze mnie statusu członka Polskiego Stowarzyszenia Rodzin z Atreją Przelyku
- 3) zapoznałam/-em się z zasadami przetwarzania przez Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atreją Przelyku moich danych osobowych.

(miejscowość, data i czytelny podpis członka Stowarzyszenia)

....., dnia r.

(imię i nazwisko członka Stowarzyszenia, adres)

**Zgoda na wykorzystanie i rozpowszechnianie wizerunku członka
Polskiego Stowarzyszenia Rodzin z Atreżją Przelyku**

Wobec mojego członkostwa w: Polskim Stowarzyszeniu Rodzin z Atreżją Przelyku (KRS: 0001124653), niniejszym oświadczam, że *(proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem „X”)*

- ☐ WYRAŻAM ZGODĘ
- ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY

na rejestrowanie w dowolnej formie i za pomocą dowolnej techniki i sposobu mojego wizerunku podczas organizowanych przez - bądź we współudziale z - Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atreżją Przelyku wszelkich wydarzeń, w tym m.in.: uroczystości, imprez, warsztatów, konkursów, zajęć, kursów, spotkań, prelekcji, akcji profilaktycznych, loterii fantowych, zbiórek publicznych, w których biorę udział w związku z posiadaniem przeze mnie statusu członka ww. Stowarzyszenia oraz na wykorzystanie mojego wizerunku (w tym rozpowszechnianie) przez Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atreżją Przelyku lub przez inne osoby działające na zlecenie tego Stowarzyszenia, w szczególności poprzez umieszczanie zdjęć, filmów i innych materiałów zawierających mój wizerunek w mediach elektronicznych, w tym na stronach internetowych Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atreżją Przelyku, na profilach ww. Stowarzyszenia prowadzonych w portalach społecznościowych (m.in.: Facebook, Instagram, Twitter), w kronice Stowarzyszenia, na tablicach ściennych, w folderach, ulotkach, na plakatach, w broszurach, gazetkach, animacjach (w tym elektronicznych prezentacjach), w prasie i innych materiałach, w celach informacyjnych (w zakresie działalności statutowej Stowarzyszenia), promocji i reklamy Stowarzyszenia.

Zgodna niniejsza obejmuje m.in. uprawnienie Polskiego Stowarzyszenia Rodzin z Atreżją Przelyku (w tym też osób działających na zlecenie tego podmiotu) do wytwarzania i obrotu w dowolny sposób (np.: poprzez publikację, kolportację, rozdawanie, etc.) egzemplarzami nośników, na których utrwalono mój wizerunek oraz na zwielokrotnienie mojego wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, rozpowszechniania oraz publikowania, także wraz z wizerunkami innych osób w ramach realizacji wymienionych wyżej zdarzeń i we wskazanym wyżej zakresie.

Oświadczam, że wykorzystanie mojego wizerunku zgodnie z niniejszą zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw.

Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atreżją Przelyku może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania i rozpowszechniania mojego wizerunku na zasadach i w celach określonych w niniejszej zgodzie, w tym w celu informacji, promocji i reklamy działalności tego Stowarzyszenia.

Oświadczam, że:

- 1) niniejszej Zgody udzielam nieodpłatnie i na czas nieokreślony;
- 2) mam świadomość tego, że mogę odwołać niniejszą Zgodę w każdym czasie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania moich danych osobowych w postaci wizerunku, którego dokonano na podstawie niniejszej Zgody przed jej cofnięciem;
- 3) zapoznałam/em się z zasadami przetwarzania przez Polskie Stowarzyszenie Rodzin z Atreżją Przelyku moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego wizerunku.

Podstawą udzielenia zgody są przepisy:

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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* (Dz. Urz. UE L119 z 04.05.2016 r., s.1 ze zm.);
2. *Ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1231 ze zm.).
3. *Kodeks cywilny* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.).

(data i czytelny podpis członka Stowarzyszenia udzielającego zgody)

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA STOWARZYSZENIA / PERSONELU O
ZAPOZNANIU SIĘ ZE STANDARDAMI OCHRONY MAŁOLETNICH I
ZOBOWIĄZANIU DO ICH PRZESTRZEGANIA**

.....
miejscowość i data

Ja,

oświadczam, że zapoznałem(-am) się ze Standardami ochrony małoletnich obowiązującymi w Polskim Stowarzyszeniu Rodzin z Atreżją Przetyku i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
(podpis składającego oświadczenie)