PŘIHLÁŠKA DO ČESKÉ ASOCIACE PRO VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ, z.s.

Já, níže podepsaná/ý

Jméno pacientky/a:

Datum narození pacientky/a:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození zákonného zástupce:

Členství v jiné pacientské organizaci:

Jak jste se dozvěděli o ČAVO:

Souhlas s předáním mých kontaktů za účelem propojení s ostatními pacienty/ odborníky: ano - ne

Adresa:

E-mail:

Telefon:

se tímto přihlašuji k členství v České asociaci pro vzácná onemocnění, z.s. (ČAVO) se sídlem Bělohorská 19, 169 00 Praha 6, IČ: 22 74 82 70. Podpisem této přihlášky souhlasím s podmínkami členství uvedenými v platných stanovách spolku a souhlasím s jejími cíli. Aktuální verze stanov je uvedena na www.vzacna-onemocneni.cz.

Tímto uděluji souhlas, aby po dobu mého členství ČAVO používala v souladu s platnými předpisy a zákony mnou uvedené údaje pouze pro účely související s činností asociace. Výše uvedené osobní údaje budou využity výhradně pro vedení seznamu členů, pro potřeby kontaktování členů a sdílení informací, a nebudou poskytnuty jiné osobě nebo organizaci. Poučení o ochraně osobních údajů najdete na www.vzacna-onemocneni.cz

Specifikujte vzácné onemocnění, které reprezentujete:

V..... Dne.....

Podpis.....

Pokud dojde ke změnám v uvedených údajích, prosíme, informujte nás o nich.