Društvo za fibromialgijo
Celovška cesta 160
1000 Ljubljana
Tel. 041 464 677 , 064 247 877
E naslov: info@drustvo-fm.si
Spletna stran: https://drustvo-fm.si

ČLANSKA PRISTOPNICA

Članska štev.:_____(izpolni DFM)

Ime in priimek: _____

Poštna številka in kraj: _____Občina _____

Ulica: _____

Telefon: (mobilni ali fiksni): _____

Elektronska pošta: _____@_____

Datum rojstva: _____

Izobrazba/poklic: _____

Status *(ustrezno obkrožite)*: zaposlen, dijak- študent, nezaposleni, upokojenec, drugo _____

S svojim podpisom izjavljam, da želim postati član-ica Društva za fibromialgijo (v nadaljevanju DFM). Potrjujem, da sem seznanjen/a s Statut-om DFM, ki ga bom spoštoval/a. Pooblaščenim osebam DFM dovoljujem zbiranje, obdelavo in uporabo zgoraj navedenih osebnih podatkov za potrebe delovanja društva in skupin za samopomoč. Pooblaščene osebe DFM so dolžne moje osebne podatke varovati skladno z veljavnimi predpisi v Republiki Sloveniji. Posredovanje mojih osebnih podatkov tretjim osebam dovoljujem le v primerih, ko se v okviru DFM zagotavljajo posebne ugodnosti za člane, ki jih želim koristiti in bom to namero izrazil/a pisno ali preko elektronske pošte/spletne aplikacije. DFM dovoljujem, da me obvešča o aktivnostih društva na moje kontaktne naslove. DFM se zavezuje, da mojih podatkov ne bo posredovalo tretjim osebam brez moje vednosti.

Ustrezno podčrtajte!

Dovoljujem javno objavljanje slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazujejo dejavnosti društva in vsebujejo moje posnetke.

NE dovoljujem javnega objavljanja slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazujejo dejavnosti društva in vsebujejo moje posnetke *(v tem primeru sem se dolžan/na pravočasno umakniti iz prostora/okolja, s svojimi razlogi moram predhodno seznaniti organizatorja dogodka, ki je dolžan mojo željo spoštovati v okviru tehničnih možnosti)*.

Ustrezno obkrožite:

Želim delovati v organih društva: DA NE

Želim pomagati pri organizaciji dogodkov: DA NE

Želim prispevati s svojim znanjem in izkušnjami: DA NE Na katerih področjih?_____

Želim sodelovati v regijski skupini za samopomoč: DA NE

Datum:_____ Podpis: _____

Toplo dobrodošli med nami. Izpolnjeno pristopnico prosimo pošljite v zaprti kuverti na naslov DFM. Da bi lahko polnopravno koristili članske ugodnosti vas vljudno prosimo, da po prejemu obvestila o včlanitvi, vplačate letno članarino v znesku 15 EUR.