



DRUŠTVO ZA FIBROMIALGIJO
Celovška cesta 160, 1000 Ljubljana
T: 064 247 877 E: info@drustvo-fm.si

ČLANSKA PRISTOPNICA

Članska številka: _____ (izpolni DFM)

Ime in priimek: _____

Poštna številka in kraj: _____ Občina _____

Ulica: _____

Telefon (mobilni ali fiksni): _____

Elektronska pošta: _____ @ _____

Datum rojstva: _____

Bolnik (fibromialgija, ME/sindrom kronične utrujenosti) (ustrezno obkrožite): DA NE

Dokazilo o diagnozi (**obvezna priloga za status rednega člana**): **kopija izvida zdravnika**
(kopija dokazila o diagnozi se na društvu ne hrani, ampak se po obdelavi uniči/izbriše)

Izobrazba/poklic: _____

Status (ustrezno obkrožite): zaposlen, dijak – študent, nezaposlen, upokojenec, drugo _____

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

Ustrezno podčrtajte!

Dovoljujem javno objavlanje slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazuje dejavnosti društva in vsebujejo moje posnetke.

NE dovoljujem javno objavlanje slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazuje 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 društva. Da bi lahko polnopravno koristili članske ugodnosti vas vljudno prosimo, da po prejemu obvestila o včlanitvi, plačate članarino v znesku 15 EUR.