



.....  
Miejscowość i data

## **Deklaracja członkowska Stowarzyszenie „Słyszec bez granic”**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Imię i nazwisko opiekuna .....

Adres .....

Numer telefonu .....

Adres e-mail .....

Typ implantu .....

Producent .....

Klinika .....

Data operacji 1 oraz model procesora .....

Data operacji 2 oraz model procesora .....

Wyrażam wolę przystąpienia do Stowarzyszenia o nazwie: „Słyszec bez granic”

Oświadczam, że jestem obywatelem polskim.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Stowarzyszenia i akceptuję jego treść.

Jednocześnie oświadczam, iż mam świadomość, że Administratorem danych w rozumieniu Art. 7 pkt 4 Ustawy o ochronie danych osobowych jest Stowarzyszenie „Słyszec bez granic” (dalej Stowarzyszenie).

Wiem, że dane w zakresie imienia i nazwiska pacjenta oraz dane opiekuna, daty urodzenia, adresu, numeru telefonu, adresu e-mail, rodzaju i ilości implantów, producenta, kliniki, modelu procesora i daty operacji są przetwarzane w celu przekazywania wiedzy i doświadczeń w zakresie procesu rehabilitacji pacjentów z implantami słuchowymi, i że nie są przekazywane żadnym odbiorcom w rozumieniu Art. 7 pkt 6 Ustawy o ochronie danych osobowych. Mam świadomość, że Administrator danych może powierzyć przetwarzane dane na podstawie Art. 31 Ustawy o ochronie danych osobowych innym podmiotom realizującym zadania statutowe Stowarzyszenia. Dane podaję



dobrowolnie i mam świadomość swojego prawa do wglądu w swoje dane, prawa ich poprawiania oraz wnoszenia sprzeciwów co do dalszego ich przetwarzania.

.....  
Podpis

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących wad słuchu oraz możliwości i metod ich leczenia od Stowarzyszenia, a także podmiotów realizujących cele Stowarzyszenia drogą elektroniczną i telefoniczną: TAK / NIE \*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku na stronach internetowych oraz materiałach promocyjnych Stowarzyszenia: TAK / NIE \*

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Podpis