

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(kod pocztowy, adres zamieszkania,)

.....  
(nr telefonu)

.....  
(e – mail)

## **DEKLARACJA**

### **przystąpienia do Stowarzyszenia Przyjaciół Szpitala w Przeworsku**

Ja, niżej podpisany/a deklaruje chęć przystąpienia do Stowarzyszenia Przyjaciół Szpitala w Przeworsku.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania, aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i sumiennego wypełniania uchwał władz, a nadto strzec godności członka Stowarzyszenia Przyjaciół Szpitala w Przeworsku.

Jednocześnie wyrażam zgodę na wpłatę składki członkowskiej 1 raz w roku do końca I kwartału każdego roku (nowoprzyjęci członkowie wpłacają składkę w ciągu 4 tygodni od otrzymania zawiadomienia o przyjęciu na członka) w wysokości 60,00 zł, ustalonej Uchwałą Walnego Zebrania Członków oraz zgodnie z Regulaminem opłacania składek członkowskich.

Składka członkowska opłacana jest w formie przelewu bankowego na rachunek bankowy Stowarzyszenia nr: **51 9106 0008 2005 0020 5809 0001** z wpisanymi w tytule informacjami: imię i nazwisko lub nazwa członka, okres za który składka jest opłacona.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych przez Zarząd Stowarzyszenia Przyjaciół Szpitala w Przeworsku w celu realizacji zadań statutowych.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis składającego deklarację)

#### **Klauzula informacyjna zgodna z RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i RE (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych, w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1), **Stowarzyszenie Przyjaciół Szpitala w Przeworsku** informuje, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest **Stowarzyszenie Przyjaciół Szpitala w Przeworsku** przy ul. Szpitalnej 16, 37-200 Przeworsk, adres email: [stowarzyszenie@spzoz-przeworsk.pl](mailto:stowarzyszenie@spzoz-przeworsk.pl)
2. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, którą wyraziliście akceptując niniejszą **DEKLARACJĘ PRYZYSTĄPIENIA**;
3. Państwa dane będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji działań statutowych Stowarzyszenia;
4. Państwa dane będą przechowywane w wersji papierowej i **NIE BĘDĄ** udostępniane innym odbiorcom;
5. Państwa dane będą przetwarzane w trakcie działalności Stowarzyszenia, po zaprzestaniu działalności Stowarzyszenia zostaną zniszczone;
6. Macie Państwo prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych oraz do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych;
7. Jeżeli Państwo uznacie, że Wasze dane są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa, możecie wnieść skargę do organu nadzorczego;
8. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne, by prawidłowo realizować działania statutowe. W przypadku braku wyrażenia zgody nie będzie możliwe przyjęcie w poczet członków

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis składającego deklarację)

Stowarzyszenie Przyjaciół Szpitala w Przeworsku, 37-200 Przeworsk ul. Szpitalna 16

Kontakt: tel. (16) 649-15-46 e-mail: [stowarzyszenie@spzoz-przeworsk.pl](mailto:stowarzyszenie@spzoz-przeworsk.pl)

**Uchwałą Nr..... Zarządu z dnia.....**

**Pan/i . . . . .**

**został(a) przyjęty(a) w poczet członków**

**Stowarzyszenia Przyjaciół Szpitala w Przeworsku**

.....

(pieczęć Stowarzyszenia i podpis członków Zarządu)

Numer KRS:0001085995 NIP 7941838070 REGON 527642242

Nr rachunku bankowego: **51 9106 0008 2005 0020 5809 0001**

[www.spzoz-przeworsk.pl/stowarzyszenie-przyjaciol-szpitala-w-przeworsku](http://www.spzoz-przeworsk.pl/stowarzyszenie-przyjaciol-szpitala-w-przeworsku)