

PRISTOPNA IZJAVA

Spodaj podpisani(a) prostovoljno izjavljam, da želim postati član(ica) Celiac Slovenija – društvo bolnikov s celiakijo, da sem seznanjen(a) s statutom društva in za potrebe evidence društva posredujem sledeče podatke:

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov stalnega prebivališča (ulica in hišna številka): _____

Poštna številka: _____ Pošta: _____ Občina: _____

Telefon: _____ Elektronski naslov: _____

bolnik s celiakijo bolnik z drugimi alergijami: _____

Ustanova, kjer so vam diagnosticirali celiakijo: _____

zastopnik družinski član ostalo: _____

SOGLASJE ZAKONITEGA ZASTOPNIKA je potrebno ob včlanitvi otroka mlajšega od 15 let.

Ime in priimek zastopnika: _____ Datum rojstva: _____

S podpisom potrjujem soglasje z včlanitvijo otroka v Društvo Celiac Slovenija.

Podpis zakonitega zastopnika: _____

Ali želite aktivno sodelovati pri delu in razvoju društva? Da Ne

Označite področje, ki vas zanima: pomoč pri izvajanju kuharskih delavnic, sodelovanje z mediji, oblikovanje, mentorstvo, pravno, ekonomsko, drugo: _____

Članarina znaša **20 EUR** (za člane nad 18. let). Prosimo, da jo nakažete na TRR Društva Celiac Slovenija: SI56 0400 1004 8458 279 pri Novi KBM sklic 00 2022(oz. tekoče leto).

Zgoraj navedene podatke bomo v evidenci članstva vodili samo za potrebe društva v skladu s Splošno uredbo o varstvu podatkov (GDPR), zakonom in pravilnikom o varovanju osebnih podatkov.

Če želite prejemati obvestila našega društva, potrebujemo vaše soglasje. Označite vaše želje:

Želim prejemati obvestila o aktivnostih društva in vabila na navedeni elektronski naslov.

Želim prejemati obvestila o aktivnostih društva in vabila na navedeni naslov.

Dovoljujem objavo fotografskih in video materialov iz dejavnosti društva.

Prejemanje naših obvestil lahko kadarkoli prekličete (pisno ali preko e-pošte).

Dobrodošli v najboljši družbi!

Datum pristopa: _____

Podpis : _____