Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego O/Łódź

al. marsz J. Piłsudskiego 133D,

92-318 Łódź

……………………………..

Miejscowość, data

**Wniosek**

W imieniu własnym / niepełnoletniego dziecka\*

…………………………………………………………………………………………………

(imię nazwisko własne / dziecka)

zwracam się z prośbą o podpisanie Porozumienia w sprawie przystąpienia do Programu Leczenia Rehabilitacji i Wsparcia Stwardnienia Rozsianego (PLRiW), które da mi możliwość gromadzenia środków finansowych na rachunku bankowym należącym do Stowarzyszenia z przeznaczeniem na Program Leczenia i Rehabilitacji i Wsparcia.

Załączam zgodę na przetwarzanie danych osoby do kontaktu w sprawach PLRiW\*\*

…………………………………………

Data, Podpis

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do wniosku o założenie subkonta dołączam:

• oświadczenie o chorobie (wzór w załączniku)

• kserokopię legitymacji członkowskiej PTSR

• kserokopię lub oryginał zaświadczenia lekarskiego o chorobie/ wypisu ze szpitala

Adres:

• zameldowania - ……………………………………………………………………………….

• do korespondencji - …………………………………………………………………………..

• telefon wraz z numerem kierunkowym - …………………………………………………….

• telefon komórkowy - ………………………………………………………………………….

• e-mail - ……………………………………………………………………………………….

• dodatkowa osoba do kontaktu – (imię, nazwisko, telefon kontaktowy) \*\* …………………………………………………………………….……………………………..

\* niepotrzebne skreślić

\*\*w przypadku podania danych, konieczne dołączenie zgody osoby, której dane zostały podane.

**Informujemy, że:**

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego O/Łódź z siedzibą w Łodzi przy ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, zwane dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia i realizacji Porozumienia w sprawie przystąpienia do Programu Leczenia, Rehabilitacji i wsparcia Stwardnienia Rozsianego (PLRiW) oraz prowadzenie subkonta, jak też w zakresie wymaganych prawem obowiązków sprawozdawczych i kontrolnych dotyczących prowadzenia z subkonta, wynikających ze statusu organizacji pożytku publicznego PTSR. Zebrane dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom. Mogą zostać udostępnione uprawnionym podmiotom publicznym w zakresie niezbędnym do wypełnienia ciążących na Towarzystwie obowiązkach sprawozdawczych wynikających z ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

3) podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

1. .art. 6 ust. 1 b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z 4 maja 2016 r. L 119/1), które poniżej zwane jest Rozporządzeniem,;
2. art. 6 ust. 1 c Rozporządzenia oraz art. 27 ust. 2c ustawy z 24 kwietnia 2003 r.o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity - Dz.U. z 2018 poz. 450 ze zmianami);
3. art. 9 ust. 2 d Rozporządzenia i art. 9 ust. 2 g Rozporządzenia w zw. z art. 27 ust. 2c ustawy z 24 kwietnia 2003 r.o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity - Dz.U. z 2018 poz. 450 ze zmianami), – w zakresie dotyczącym danych o Państwa sytuacji zdrowotnej.

4) podanie danych jest niezbędne do zawarcia Porozumienia, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie Porozumienia. Niemożność lub ograniczenie przetwarzania danych w wymaganym zakresie uniemożliwi prawidłowe wykonanie Porozumienia i będzie podstawą do jego nie zawarcia lub natychmiastowego wypowiedzenia.

5) Przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych:

1. podane przez Państwa dane dotyczące sytuacji zdrowotnej, w tym w szczególności zawarte w dostarczonej przez Państwa w dokumentacji medycznej oraz oświadczeniu informacje o Państwa stanie zdrowia;
2. podane przez Państwa pozostałe dane osobowe, to jest:

− imię i nazwisko;

− dane adresowe;

− telefony kontaktowe;

− adres poczty elektronicznej;

−dane o przynależności do PTSR.

6) posiada Pani/Pan prawo do:

1. żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych;
2. żądania od Administratora sprostowania swoich danych osobowych;
3. żądania od Administratora usunięcia swoich danych osobowych;
4. do zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
5. żądania przeniesienia danych osobowych, czyli: - otrzymania danych osobowych, które dostarczył/a Pan/Pani Towarzystwu; - przesłania Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe (może też Pan/Pani samodzielnie wysłać otrzymane dane innemu administratorowi);
6. wniesienia skargi do organu nadzorczego.

7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji,   
w tym profilowaniu.

8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora zgodnie   
z obowiązującą ustawą przez czas obowiązywania Porozumienia oraz w czasie, w jakim Towarzystwo podlega obowiązkom sprawozdawczym i kontrolnym w zakresie swojej działalności.

……………………………………………………………………………………………………………....

(data, podpis)

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższymi informacjami i są one dla mnie zrozumiałe.