

PRISTOPNA IZJAVA

Spodaj podpisani-(a) izjavljam, da želim postati član (ica)
ŠPORTNEGA DRUŠTVA DIALIZNIH IN TRANSPLANTIRANIH

Seznanjen (a) sem s pravili delovanja in pogoji članstva kot jih določa Statut ŠD DiTra

Ime _____

Priimek: _____

Naslov: _____

Telefon: _____ e-pošta : _____

EMŠO oz datum rojstva :

In sem : označite ali

Na dializi: HD CAPD

Transplantiran (a):

ledvica: pankreas jetra srce pljuča kostni mozeg

drugi organ: _____

Ostalo:

Sorodnik D/TX darovalec trener drugo medic. osebje

Soglašam, da se smejo moji osebni podatki obdelovati, skladno s prvim odstavkom 8. člena Zakona o varstvu osebnih podatkov. Seznanjen sem, da se bodo moji osebni podatki obdelovali za namen vodenja evidence o članih ŠDDT, ter urejanja in vzpostavljanja korespondence v okvirih delovanja društva, skladno z drugim odstavkom 8. člena Zakona o varstvu osebnih podatkov.

Kraj: _____

datum: _____

_____ lastnoročni podpis