

PRISTOPNICA ZA SPREJEM V ČLANSTVO

DRUŠTVA PARAPLEGIKOV _____

Naslov: _____

Splošni podatki:

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Stalni naslov (*Ulica in hišna številka*): _____

Stalni naslov (*Poštna številka in pošta*): _____

Začasni naslov (*Ulica in hišna številka*): _____

Začasni naslov (*Poštna številka in pošta*): _____

Kontaktna e-pošta: _____ Kontaktni telefon: _____

Obvestila želim prejemati na (*več možnost*):

na stalni naslov na začasni naslov po el. pošti

Državljanstvo: _____

Davčna številka: _____ EMŠO: _____

Podatki o socialnem in zdravstvenem položaju:

Zaposlen/a: DA NE Upokojen/a: DA NE Bolniški stalež: DA NE

Datum nastanka invalidnosti: _____

Vzrok nastanka invalidnosti (*npr. prometna nesreča, skok v vodo, padec, operacija*):

Večan/a na invalidski voziček: DA NE Stalno: DA NE

Uporabljam tudi druge pripomočke (*npr. bergle, opornice, hodulje, proteze*): _____

Podatki o diagnozi (Izpolni pooblaščen zdravnik specialist)

Diagnoza: _____

Izpolnjuje zdravstvene pogoje za sprejem v društvo: DA NE (mnenje v prilogi)

Datum: _____

Podpis: _____

Pristopnici je potrebno priložiti sledeče priloge:

- kopija potrdilo o državljanstvu (kot potrdilo o državljanstvu se šteje tudi kopija osebne izkaznice ali potnega lista),
- morebitno zdravstveno dokumentacijo, ki izkazuje zdravstveni položaj (zdr. izvidi, mnenja in podobno)

Posebno pojasnilo o uporabi osebnih podatkov:

Splošni podatki (ime, naslov in kontaktni podatki) se zahtevajo za potrebe vpisa v register članov in za potrebe obveščanja o dejavnostih zgoraj navedenega društva paraplegikov ter so nujni za včlanitev. Podatki o državljanstvu in EMŠO se zbirajo za potrebe organiziranja in izvajanja obnovitvene rehabilitacije paraplegikov in bodo lahko za te namene posredovani Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Davčna številka se zbira za potrebe izplačil honorarjev, nadomestil stroškov in drugih izplačil. Podatki o socialnem in zdravstvenem položaju se zbirajo za potrebe statistične obdelave o članih društva in za potrebe izvajanja socialnovarstvenih programov in drugih dejavnosti. Predložitev zdravstvene dokumentacije je potrebna zaradi preverjanja ali oseba izpolnjuje zdravstvene pogoje za članstvo v društvu in je nujna za včlanitev. Zbrani osebni podatki se lahko tajno hranijo kot zasebno arhivsko gradivo.

Izjava:

Spodaj podpisani/a s to pristopnico izjavljam, da se **želim včlaniti v zgoraj navedeno društvo paraplegikov**, da sprejemam temeljni akt (statut oziroma pravila) tega društva, ter da bom ravnal/a po njem. Hkrati dovoljujem temu društvu paraplegikov in Zvezi paraplegikov Slovenije, Štihova 14, 1000 Ljubljana; matična številka: 5195411, da obdelujeta moje zgoraj navedene osebne podatke za zgoraj navedene namene, za potrebe izvajanja svojih dejavnosti, kot jih določajo njuni temeljni akti, in za potrebe pridobivanja sredstev za delovanje. Hkrati obema tudi dovoljujem, da za potrebe preverjanja pogojev za včlanitev v zgoraj navedeno društvo paraplegikov uporabita tudi druge moje osebne podatke, s katerimi razpolagata na podlagi moje privolitve in **da me obveščata o svojih dejavnostih** in da mi posredujeta ponudbe o storitvah in blagu, za katere ocenjujeta, da bi me lahko zanimale.

Kraj in datum: _____

Lastnoročen podpis: _____