



### DEKLARACJA CZŁONKOWSTWA ZWYCZAJNEGO

Proszę o przyjęcie mnie w poczet Członków Zwyczajnych Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. Akceptuję i popieram działalność Stowarzyszenia oraz zobowiązuję się do przestrzegania zasad określonych w Statucie.

| 1. DANE CZŁONKA OSMN                                                                                                                      |  |             |  |            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|------------|--|
| Imię i Nazwisko                                                                                                                           |  |             |  |            |  |
| Data urodzenia                                                                                                                            |  |             |  |            |  |
| PESEL                                                                                                                                     |  |             |  |            |  |
| Telefon                                                                                                                                   |  |             |  |            |  |
| E-mail                                                                                                                                    |  |             |  |            |  |
| 2. ADRES ZAMIESZKANIA                                                                                                                     |  |             |  |            |  |
| Ulica                                                                                                                                     |  | Nr. domu    |  | Nr. lokalu |  |
| Kod pocztowy                                                                                                                              |  | Miejscowość |  |            |  |
| Województwo                                                                                                                               |  |             |  |            |  |
| Chcę otrzymywać mailem informacje od Stowarzyszenia (m.in. o wydarzeniach, nowych produktach itd.)?                                       |  |             |  |            |  |
| Inne (nie obowiązkowe): np. jestem osobą dializowaną, członkiem rodziny osoby dializowanej, osobą z PChN, po transplantacji, od kiedy ... |  |             |  |            |  |

Wypełnić czytelnie

Oświadczam, że:

- 1) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie zostałam(em) pozbawiona(y) praw publicznych,
- 2) znane mi są postanowienia statutu, cele i zasady działania Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. (Statut dostępny na jest na stronie [www.moje-nerki.pl](http://www.moje-nerki.pl))

.....  
data, podpis

### KLAUZULA INFORMACYJNA

do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Administratorem Pana/i Danych jest:                        | Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki<br>30-237 Kraków ul. Wilczy Stok 12<br>e-mail: osod@osod.info                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Pana/Pani dane będą przetwarzane w celu:                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizacji celów statutowych stowarzyszenia, w tym zapewnienia członkom korzystania z usług i beneficjów przewidzianych dla członków stowarzyszenia.</li> <li>Zapewnienia komunikacji z członkami stowarzyszenia w zakresie działań statutowych, informowania o wydarzeniach, spotkaniach, oraz sprawozdawczości.</li> </ul> |
| Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: | art. 6 ust. 1 lit. a, lit. f RODO /podpisana przez Panią/Pana umowa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:     | Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom zewnętrznym w zakresie niezbędnym do realizacji celów statutowych stowarzyszenia, takim jak np. firmy obsługujące korespondencję, wewnętrzne biuro księgowe, itp. Odbiorcy ci są zobowiązani do zachowania poufności i bezpieczeństwa Twoich danych.                                                                   |
| Okres przechowywania danych:                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dane osobowe będą przechowywane przez okres obowiązywania członkostwa w stowarzyszeniu aż do wycofania zgody,</li> <li>przez okres do 5 lat od momentu ustania członkostwa .</li> </ul>                                                                                                                                      |
| Ma Pana/Pani prawo do:                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,</li> <li>ograniczenia przetwarzania swoich danych,</li> <li>przenoszenia danych,</li> <li>wniesienia skargi do organu nadzorczego.</li> </ol>                                                                                                                      |
| Podane przez Panią/Pana dane są:                           | Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże jest niezbędne do realizacji celów statutowych stowarzyszenia i korzystania z praw przysługujących członkom .                                                                                                                                                                                                    |
| Pana/Pani dane:                                            | nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji ani profilowaniu                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## DECYZJA

Zarząd OSMN decyzją z dnia ..... postanowił przyjąć/oddalić powyższą prośbę.

ZA ZARZĄD

.....  
Prezes/Wiceprezes

**Ogólnopolskie Stowarzyszenie  
Moje Nerki**  
Adres do korespondencji:  
Ul. Gen. W. Sikorskiego 123  
41-809 Zabrze

[www.moje-nerki.pl](http://www.moje-nerki.pl)  
[www.facebook.com/OSOD.INFO](https://www.facebook.com/OSOD.INFO)  
[www.facebook.com/groups/kocham.swoje.nerki](https://www.facebook.com/groups/kocham.swoje.nerki)

**NIP: 6452323383**  
**REGON: 2781753**