

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/AKTUALIZACYJNY

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA CZYTELNICIE DRUKOWANYMI LITERAMI

I. Dane Podopiecznego :

Imię i Nazwisko* :

Data urodzenia* : Typ Mutacji Genu CFTR :

DATA ROZPOZNANIA* :

ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*:

brak do 16 r. ż. lekki umiarkowany znaczny

II. Dane Rodzinne (w przypadku osób niepełnoletnich)

	RODZIC/OPIEKUN PRAWNY*	RODZIC/OPIEKUN PRAWNY
NAZWISKO		
IMIĘ		
ZAWÓD		

RODZEŃSTWO PODOPIECZNEGO:	IMIĘ I NAZWISKO	ROK UR.	(zdrowy/nosiciel/chory)
1			
2			
3			
4			

III. Dane adresowe* : (adres do korespondencji)

Ulica Nr domu..... Nr lokalu.....

Kod pocztowy..... Miejscowość

Województwo

IV. Dane kontaktowe

Telefon* : E-mail :

V. Wypełnić w przypadku deklaracji uruchomienia subkonta:

1. Chcę założyć SUBKONTO : TAK NIE
2. Rodzaj SUBKONTA : 1% Darowizny
3. Proszę o przekazywanie kwot wydatków refundowanych z mojego subkonta prowadzonego przez Fundację MATIO na rachunek bankowy numer :

.....

Dane właściciela rachunku bankowego :

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z regulaminem prowadzenia subkont i akceptuję jego warunki.

Data Podpis dysponenta*

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/AKTUALIZACYJNY

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA CZYTELNICIE DRUKOWANYMI LITERAMI

VI. ANKIETA:

1. Czy chcesz otrzymywać publikacje Fundacji MATIO ?(edukacyjne, informacyjne, czasopisma)
 TAK NIE
2. Czy masz stały dostęp do internetu ? TAK NIE
3. Jakiego wsparcia oczekujesz od Fundacji MATIO?

.....
.....
.....

4. Czy otrzymujesz lub otrzymywałeś pomoc od innych organizacji w Polsce? TAK NIE

Jeśli TAK wypisz jakiego rodzaju było to wsparcie ?

.....
.....
.....

Oświadczam, że jestem kandydatem/rodzicem/opiekunem prawnym podopiecznego i wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do przekazania Fundacji informacji o zmianie podanych w formularzu danych , niezbędnych do realizacji celów statutowych Fundacji.

.....

Data*

.....

Podpis*

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informujemy – zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, zwanego dalej „RODO” iż :

I. ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Matio Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę z siedzibą w Krakowie (30-507), ul. Celna 6, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000097900, tel. 12 292 31 80, e-mail: krakow@mukowiscydoza.pl

II. PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Pani/Pana dane osobowe, podane w formularzu zgłoszeniowym, w tym dane dotyczące stanu zdrowia, będą przez nas przetwarzane wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do:

- 1) świadczenia dla Pani/Pana usług pomocowych, zgodnie z celami statutowymi naszej Fundacji oraz do organizacji dla Pani/Pana wsparcia finansowego – na podstawie udzielonej nam przez Panią/Pana zgody (podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit a oraz art. 9 ust. 2 lit a RODO).
- 2) wypełnienia wszelkich obowiązków prawnych ciążyących na Fundacji (podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit c RODO).

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/AKTUALIZACYJNY

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI

III. ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, podmioty przetwarzające dane osobowe na podstawie umowy z Administratorem, oraz darczyńcy, sponsorzy, podmioty lecznicze w celach: informacyjnych oraz związanych z realizacją dla Pani/Pan pomocy i wsparcia.

IV. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu wycofania przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie (w zakresie pkt II.1), a w pozostałym zakresie wyłącznie przez okres wymagany przez przepisy prawa, zwłaszcza z zakresu podatków i rachunkowości (w zakresie pkt II.2).

V. INFORMACJE O WYMOGU/DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH ORAZ KONSEKWENCJI NIE PODANIA DANYCH OSOBOWYCH

Podanie nam danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów, o których mowa w pkt II.

VI. PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ

Na warunkach określonych w RODO posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz możliwość ich sprostowania, przenoszenia, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Zgoda na przetwarzanie może być cofnięta w każdym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Posiada Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

VII. ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI W TYM PROFILOWANIE

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

VIII. PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH DO PAŃSTWA TRZECIEGO LUB ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWEJ

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do organizacji międzynarodowych, jednakże mogą być przekazywane do państw trzecich (m.in. USA) poprzez korzystanie przez nas z narzędzi firm mających siedziby lub oddziały poza UE.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez MATIO

Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę znajdują Państwo na naszej stronie internetowej pod adresem : www.mukowiscydoza.pl

.....

Data*

.....

Podpis*

WAŻNE INFORMACJE

1.Do dokonania rejestracji podopiecznego jest wymagany dokument poświadczający rozpoznanie mukowiscydozy* np. zaświadczenie lekarskie, karta wypisu szpitalnego , diagnostyka genetyczna

2.Rejestracja w Fundacji nie ogranicza przynależności do innych organizacji pozarządowych

*Pola obowiązkowe. Pozostałe informacje gromadzone są do celów opracowań statystycznych i naukowych.