

PRISTOPNA IZJAVA



Želim postati član Združenja EuropaColon Slovenija

Ime in priimek*: _____

Datum rojstva: _____

Naslov (ulica in hišna številka)*: _____

Poštna številka in kraj*: _____

E-pošta*: _____

Telefonska številka / GSM: _____

Pristopam kot (prosimo označite):

Bolnik/ca Svojec Zdravstveni delavec Drugo

Tip članstva (prosimo označite)*: Individualno Družinsko

Ime in priimek člana družine

Letnica rojstva

Želim aktivno sodelovati v Združenju*: DA NE

Obvestila (vabila na dogodke, e-novice in novice) želim prejemati*:

Samo po elektronski pošti Po pošti

Podpis: _____ Datum: _____

Prosimo, da podpisano pristopno izjavo pošljete na naslov združenja:

EuropaColon Slovenija, Einspielerjeva 6,
1000 Ljubljana ALI na
zdruzenje@europacolon.si

Podatek, označen z zvezdico je obvezen.*

Član ima kadar koli pravico zahtevati prenehanje obveščanja ali prenehanje članstva ter izbris ali izpisi njegovih osebnih podatkov na naslovu zdruzenje@europacolon.si ali pisno na naslovu: EuropaColon Slovenija, Einspielerjeva 6, 1000 Ljubljana.

Strinjam se, da Združenje EuropaColon Slovenija moje osebne podatke uporablja za evidenco članstva združenja in za obveščanje o delu Združenja EuropaColon Slovenija.

Združenje EuropaColon Slovenija se obvezuje, da bo pridobljene osebne podatke uporabljalo in varovalo v skladu s slovensko in EU zakonodajo s področja varstva osebnih podatkov (Splošna uredba o varstvu osebnih podatkov 2016/679/EU) in sicer le za namen aktivnosti Združenja EuropaColon Slovenija in jih ne bo posredovalo tretjim osebam brez vašega soglasja.