

## Društvo za fibromialgijo

Celovška cesta 160

1000 Ljubljana

Tel. 041 464 677 , 064 247 877

E naslov: [drustvofm@gmail.com](mailto:drustvofm@gmail.com)

[dfmtajnistvo@gmail.com](mailto:dfmtajnistvo@gmail.com)



## ČLANSKA PRISTOPNICA

Članska številka: \_\_\_\_\_ (izpolni DFM)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Poštna številka in kraj: \_\_\_\_\_ Občina \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Telefon: (mobilni ali fiksni): \_\_\_\_\_

Elektronska pošta: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Izobrazba/poklic: \_\_\_\_\_

Status (*ustrezno obkrožite*): zaposlen, dijak- študent, nezaposleni, upokojenec, drugo \_\_\_\_\_

S svojim podpisom izjavljam, da želim postati član-ica Društva za fibromialgijo (v nadaljevanju DFM). Potrjujem, da sem seznanjen/a s Statut-om DFM, ki ga bom spoštoval/a. Pooblaščenim osebam DFM dovoljujem zbiranje, obdelavo in uporabo zgoraj navedenih osebnih podatkov za potrebe delovanja društva in skupin za samopomoč. Pooblaščen osebe DFM so dolžne moje osebne podatke varovati skladno z veljavnimi predpisi v Republiki Sloveniji. Posredovanje mojih osebnih podatkov tretjim osebam dovoljujem le v primerih, ko se v okviru DFM zagotavljajo posebne ugodnosti za člane, ki jih želim koristiti in bom to namero izrazil/a pisno ali preko elektronske pošte/spletne aplikacije. DFM dovoljujem, da me obvešča o aktivnostih društva na moje kontaktne naslove. DFM se zavezuje, da mojih podatkov ne bo posredovalo tretjim osebam brez moje vednosti.

Ustrezno podčrtajte!

**Dovoljujem** javno objavljanje slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazujejo dejavnosti društva in vsebujejo moje posnetke.

**NE dovoljujem** javnega objavljanja slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazujejo dejavnosti društva in vsebujejo moje posnetke (*v tem primeru sem se dolžan/na pravočasno umakniti iz prostora/okolja, s svojimi razlogi moram predhodno seznaniti organizatorja dogodka, ki je dolžan mojo željo spoštovati v okviru tehničnih možnosti*).

Ustrezno obkrožite:

Želim delovati v organih društva: DA NE

Želim pomagati pri organizaciji dogodkov: DA NE

Želim prispevati s svojim znanjem in izkušnjami: DA NE Na katerih področjih? \_\_\_\_\_

Želim sodelovati v regijski skupini za samopomoč: DA NE

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

**Toplo dobrodošli med nami.** Izpolnjeno pristopnico prosimo pošljite v zaprti kuverti na naslov DFM. Da bi lahko polnopravno koristili članske ugodnosti vas vljudno prosimo, da po prejemu obvestila o včlanitvi, vplačate letno članarino v znesku 15 EUR.