

# PRIJAVNICA



031 794 352



www.filoma.si



Pod obzidjem 8, 8250 Brežice



p.p.100

## OSEBNI PODATKI

Ime in priimek

Datum rojstva: / /

starost:

spol

Moški

Ženska

Naslov:

Mesto:

poš. št.:

Pošta:

telefon:

e-mail:

## BOLNIK S FM ALI SKU

DA

NE

## DRUGI PODATKI

Izobrazba:

Zaposlitev:

## ŽELIM

delovati v organih društva

pomagati pri organizaciji dogodkov

sodelovati v regijski skupini za samopoč

prispevati s svojim znanjem in izkušnjami

nič od naštetega

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

Ne dovoljujem javnega objavljane 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).

S svojim podpisom izjavljam, da želim postati član-ica FILOME, društva za življenje s fibromialgijo (v nadaljevanju Filoma). Potrjujem, da sem seznanjen/a s Statutom Filome, ki ga bom spoštoval/a. Pooblaščenim osebam Filome dovoljujem zbiranje, obdelavo in uporabo zgoraj navedenih osebnih podatkov za potrebe delovanja društva in skupin za samopomoč. Pooblaščenice Filome 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 Filome zagotavljajo posebne ugodnosti za člane, ki jih želim koristiti in bom to namero izrazil/a pisno ali preko elektronske pošte/spletne aplikacije. Filomi dovoljujem, da me obvešča o aktivnostih društva na moje kontaktne naslove. Filoma se zavezuje, da mojih podatkov ne bo posredovalo tretjim osebam brez moje vednosti.

Datum: / /

Podpis:

*Hvala za vašo registracijo*