



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU:
„Zostań Mecenaszem Opolskiego Stowarzyszenia”**

DANE UCZESTNIKA:

Imię	
Nazwisko	
Wiek	

DANE KONTAKTOWE:

Adres korespondencyjny <i>(ulica, kod pocztowy, miejscowość)</i>	
Powiat	
Telefon	
E-mail	

SYTUACJA MATERIALNA:

*UWAGA: należy podliczyć
dochody wszystkich mieszkańców

- do 1000 zł netto na 1 mieszkańca
- 1001zł – 1500 zł netto na 1 mieszkańca
- 1501 zł – 2000 zł netto na 1 mieszkańca
- powyżej 2000 zł netto na 1 mieszkańca

JEDNOSTKA CHOROBY:



OPIS UCZESTNIKA:

- 1) **Jakie czynności potrafi wykonać samodzielnie, z jakimi ma problem?**
- 2) Czy używa pomocy ortopedycznych do poruszania się np. kule, wózek, inne?
- 3) **Jakiego wsparcia rehabilitacyjnego oczekuje?**
 - rehabilitacja ruchowa
 - logopedyczna
 - psychologiczna

**UMOTYWOWANIE
ODBYCIA TURNUSU:**

- 1) Dlaczego przyznanie darmowego turnusu rehabilitacyjnego **będzie pomocne?**





- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s.1) w celu realizacji niniejszego projektu, publikowania na stronie internetowej Stowarzyszenia oraz w środkach masowego przekazu.
- Administratorem danych osobowych jest Opolskie Stowarzyszenie Rehabilitacji z siedzibą w Opolu, ul. Samborska, 45-316 Opole. Możesz skontaktować się z Administratorem telefonując pod numer: 77 556 03 35.
- Zostałem poinformowany, iż zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych ich poprawiania jak również możliwości odwołania zgody na przetwarzanie. Zostałem poinformowany, iż moje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów, nie są udostępniane innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Administrator nie zamierza przekazywać moich danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
- Zostałem poinformowany, iż moje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres niezbędny do trwania projektu, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń, lub do czasu cofnięcia udzielonej zgody.
- W związku z przetwarzaniem moich danych osobowych przez Administratora przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Przekazanie moich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdej osoby, wobec którego realizujemy ww. cele. W oparciu o moje dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec mnie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
- Wyrażam zgodę Opolskiemu Stowarzyszeniu Rehabilitacji na publikację wizerunku w mediach Stowarzyszenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)



ul. Samborska 15
45-316 Opole
NIP 7542893179



tel. 606 922 587



e-mail: info@rehabilitacjaopole.pl

