opolskie
stowarzyszenie
rehabilitacji

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU:
# „Zostań Mecenasem Opolskiego Stowarzyszenia”

**DANE UCZESTNIKA:**

| | |
|---|---|
| Imię | |
| Nazwisko | |
| Wiek | |

**DANE KONTAKTOWE:**

| | |
|---|---|
| Adres korespondencyjny *(ulica, kod pocztowy, miejscowość)* | |
| Powiat | |
| Telefon | |
| E-mail | |

| | |
|---|---|
| **SYTUACJA MATERIALNA:** *UWAGA: należy podliczyć dochody wszystkich mieszkańców | ☐ do 1000 zł netto na 1 mieszkańca<br>☐ 1001zł – 1500 zł netto na 1 mieszkańca<br>☐ 1501 zł – 2000 zł netto na 1 mieszkańca<br>☐ powyżej 2000 zł netto na 1 mieszkańca |
| **JEDNOSTKA CHOROBOWA:** | |

opolskie
stowarzyszenie
rehabilitacji

| | |
|---|---|
| **OPIS UCZESTNIKA:**<br>1) **Jakie czynności potrafi** wykonać samodzielnie, **z jakimi ma problem**?<br>2) Czy używa pomocy ortopedycznych do poruszania się np. kule, wózek, inne?<br>3) **Jakiego wsparcia rehabilitacyjnego oczekuje?**<br>• rehabilitacja ruchowa<br>• logopedyczna<br>• psychologiczna | |
| **UMOTYWOWANIE ODBYCIA TURNUSU:**<br>1) Dlaczego przyznanie darmowego turnusu rehabilitacyjnego **będzie pomocne?** | |

ul. Szałwiowa 3/8
45-470 Opole
NIP: 7542893179
tel. 606 922 587
e-mail: info@rehabilitacjaopole.pl
1,5%

- 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. Szałwiowa 3/8, 45-470 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)