

PRIHLÁŠKA ČLENA
Zväz diabetikov Slovenska
ZO DIATYRNAVIA TRNAVA
919 28 Bučany 445

Titul, meno, priezvisko:.....

Ulica, číslo domu:.....

PSČ:..... **Mesto:**.....

Dátum narodenia:..... **Zdravotná poisťovňa:**.....

Telefónny, alebo e-mailový kontakt:.....

***DM typ:** I.typ, II.typ, tehotenský, porušená glukózová tolerancia, MODY

***nemám Diabetes, som:** rodinný príslušník, zdravotník

***Liečba:** diéta, tabletky, inzulín 1-2x denne, inzulín 3-5x denne, pumpa

Typ glukomera:.....

***ZŤP:** áno nie

**vyhovujúce podčiarknite*

Ročné členské je 5 €, ktoré je potrebné uhradiť na účet Diatyrnavia

IBAN: SK23 7500 0000 0040 2166 6774

V zmysle čl. 7 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a podľa zákona 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľujem svoj výslovný súhlas s poskytnutím a spracovaním osobných údajov Zväzu diabetikov Slovenska, ZO DIATYRNAVIA a to v rozsahu: TITUL, MENO, PRIEZVISKO, DÁTUM NARODENIA, ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA, TELEFÓNNY KONTAKT A E-MAILOVÁ ADRESA, uvedených v prihláške, ako aj na spracovanie všetkých ostatných osobných údajov, ktoré som poskytol/a alebo poskytnem písomne alebo ústne príp. za pomoci komunikačných prostriedkov, pre potreby Zväzu diabetikov Slovenska, ZO - DiaTyrnavia, najmä pre účely evidencie týchto údajov, evidencie úhrady členských príspevkov a korešpondencie. Tento súhlas udeľujem dobrovoľne, na dobu trvania členstva v Dia Tyrnavia. Beriem na vedomie, že ako dotknutá osoba mám práva vyplývajúce podľa zákona 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Som uzrozumený/á, že tento súhlas/ môžem kedykoľvek písomne odvolať a v takom prípade písomné odvolanie súhlasu doručiť prevádzkovateľovi.

Dátum:.....

Podpis:.....

PRIHLÁŠKA ČLENA
Zväz diabetikov Slovenska
ZO DIATYRNAVIA TRNAVA
919 28 Bučany 445

Titul, meno, priezvisko:.....

Ulica, číslo domu:.....

PSČ:..... **Mesto:**.....

Dátum narodenia:..... **Zdravotná poisťovňa:**.....

Telefónny, alebo e-mailový kontakt:.....

***DM typ:** I.typ, II.typ, tehotenský, porušená glukózová tolerancia, MODY

***nemám Diabetes, som:** rodinný príslušník, zdravotník

***Liečba:** diéta, tabletky, inzulín 1-2x denne, inzulín 3-5x denne, pumpa

Typ glukomera:.....

***ZŤP:** áno nie

**vyhovujúce podčiarknite*

Ročné členské je 5 €, ktoré je potrebné uhradiť na účet Diatyrnavia

IBAN: SK23 7500 0000 0040 2166 6774

V zmysle čl. 7 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a podľa zákona 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľujem svoj výslovný súhlas s poskytnutím a spracovaním osobných údajov Zväzu diabetikov Slovenska, ZO DIATYRNAVIA a to v rozsahu: TITUL, MENO, PRIEZVISKO, DÁTUM NARODENIA, ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA, TELEFÓNNY KONTAKT A E-MAILOVÁ ADRESA, uvedených v prihláške, ako aj na spracovanie všetkých ostatných osobných údajov, ktoré som poskytol/a alebo poskytnem písomne alebo ústne príp. za pomoci komunikačných prostriedkov, pre potreby Zväzu diabetikov Slovenska, ZO - DiaTyrnavia, najmä pre účely evidencie týchto údajov, evidencie úhrady členských príspevkov a korešpondencie. Tento súhlas udeľujem dobrovoľne, na dobu trvania členstva v Dia Tyrnavia. Beriem na vedomie, že ako dotknutá osoba mám práva vyplývajúce podľa zákona 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Som uzrozumený/á, že tento súhlas/ môžem kedykoľvek písomne odvolať a v takom prípade písomné odvolanie súhlasu doručiť prevádzkovateľovi.

Dátum:.....

Podpis:.....