P R I J A V N I C A

ČLAN / ČLANICA

PRIIMEK: _____ IME: _____

NASLOV: _____

POŠTNA ŠT.: _____ POŠTA: _____

TEL: _____ E-MAIL: _____

DATUM ROJSTVA: _____ SPOL: ☐ MOŠKI ☐ ŽENSKI

VRSTA ČLANA: ☐ INVALID ☐ OSEBA, KI NUDI POMOČ INVALIDU

------NEOBVEZNI PODATKI----------

INVALIDNOST: _____
(mišična distrofija, multipla skleroza, paraplegija, tetraplegija,…)

ODSTOTEK TELESNE OKVARE: _____ VOZNIŠKI IZPIT: ☐ DA ☐ NE

STATUS: ☐ DIJAK/ŠTUDEN ☐ ZAPOSLEN ☐ UPOKOJEN ☐ DRUGO

MOBILNOST: ☐ SAMOSTOJNI VOZNIK ☐ SOPOTNIK PRILAGOJENO VOZILO: ☐ DA ☐ NE

ZNAMKA IN MODEL VOZILA: _____

OPIS PRILAGODITVE VOZILA: _____

_____

_____

- S podpisom soglašam s prostovoljnim članstvom v Društvu za mobilnost invalidov Moja pot in se zavezujem spoštovati temeljni akt in pravilnike društva.
- S podpisom soglašam, da Društvo za mobilnost invalidov Moja pot hrani in obdeluje osebne podatke izključno za namene delovanja društva in za pošiljanje obvestil o srečanjih društva, dogodkih, na katere vabijo druge organizacije in pri katerih sodeluje društvo ter za računovodsko obdelavo v skladu z Uredbo EU o varstvu osebnih podatkov (GDPR).
- S podpisom dovoljujem Društvu za mobilnost invalidov Moja pot javno objavo fotografij nastalih na družabnih srečanjih društva.
- S podpisom se zavezujem, da bom morebitne spremembe podatkov, ki jih društvo vodi v evidenci članov, javil najkasneje v 30 dneh od nastanka spremembe.

OBVEŠČANJE: ☐ E-MAIL ☐ POŠTA ☐ NE ŽELIM OBVEŠČANJA

Datum: _____ Kraj: _____ Podpis: _____

V skladu s 16. členom temeljnega akta društva Moja pot, mora članstvo potrditi upravni odbor. Po odobritvi prejmete položnico za poravnavo članarine za tekoče leto.