DRUŠTVO ZA MOBILNOST INVALIDOV MOJA POT

P R I J A V N I C A

PODPORNI ČLAN / PODPORNA ČLANICA

PRIIMEK: _____ IME: _____

NASLOV: _____

POŠTNA ŠT.: _____ POŠTA: _____

TEL: _____ E-MAIL: _____

DATUM ROJSTVA: _____ SPOL: ☐ MOŠKI ☐ ŽENSKI

- S podpisom soglašam s prostovoljnim podpornim 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 podpornih članov, javil najkasneje v 30 dneh od nastanka spremembe.

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

Datum: _____ Kraj: _____ Podpis: _____