

Združenje bodi Z D R A V



Budanje 92 a, 5271 Vipava

PRISTOPNA IZJAVA

Datum: _____

Starši ali skrbniki, prostovoljci, strokovni delavci...

Ime in priimek: _____

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

GSM: _____

Elektronska pošta: _____

Otroci

Ime	Datum rojstva	Diagnoza

Dieta in druge posebnosti: _____

S podpisom potrjujem, da se želim včlaniti v Združenje bodi ZDRAV, da poznam statut društva, da z njim soglašam in se zavezujem, da ga bom spoštoval(a).

S podpisom pristopne izjave tudi dovoljujem, da Združenje bodi ZDRAV zbira in obdeluje moje osebne podatke za namen izvajanja socialnih programov. Dovoljenje za zbiranje, obdelovanje in posredovanje osebnih podatkov je veljavno v času članstva v društvu, po prenehanju članstva se morajo podatki uničiti.

Podpisi polnoletnih članov: _____

Neobvezno soglasje o foto in video materialu

Soglašam, da se lahko moje fotografije in videoposnetki uporabljajo za objavo na spletni strani ter na socialnih omrežjih Združenja bodi ZDRAV, za objavo v internih glasilih in drugih publikacijah, ki jih izdaja Združenje bodi ZDRAV.

Soglasje velja do preklica.

Ime in priimek	Podpis člana ali njegovega zakonitega zastopnika

Kraj in datum:
