



# DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię (imiona) i Nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres stałego zamieszkania .....  
Kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania

Nr telefonu .....

Jestem rodzicem osoby z niepełnosprawnością intelektualną:

Tak  Nie

Jestem rodzeństwem osoby z niepełnosprawnością intelektualną:

Tak  Nie

Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną:

Tak  Nie

## Proszę o przyjęcie mnie na członka/członkinię Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną

Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze Statutem i Regulaminem Koła - akceptuję je i jestem świadomy/a członkostwa w PSONI. Jednocześnie zobowiązuję się do wypełniania wszystkich powinności wynikających ze Statutu Stowarzyszenia, m.in. regularnego opłacania składek.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rejestracji i członkostwa w Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną.

Data ..... Podpis .....

Imię i nazwisko członka Zarządu Koła .....  
przyjmującego deklarację\*

Data ..... Podpis .....

\* W przypadku przyjęcia deklaracji od osoby z niepełnosprawnością intelektualną, na odwrocie podpisują się także czytelnie osoby uczestniczące przy podpisywaniu niniejszego dokumentu.

### Decyzja Zarządu Koła o przyjęciu na członka PSONI:

Uchwała Zarządu Koła nr ..... z dnia .....



## **KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Informujemy, że administratorem Pana/Pani danych osobowych będzie Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w \_\_\_\_\_ z siedzibą w \_\_\_\_\_ przy ul. \_\_\_\_\_.
2. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu celach rejestracji i członkostwa w Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną.
3. Dane będą przetwarzane przez okres członkostwa w Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, a także po jego ustaniu przez okres niezbędny dla realizacji obowiązków wynikających z członkostwa w Stowarzyszeniu.
4. Dane będą udostępniane Polskiemu Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną z siedzibą w Warszawie, ul. Głogowa 2 b, jako jednostce nadrzędnej.
5. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, oraz prawo wniesienia sprzeciwu.
6. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie podanych danych osobowych narusza przepisy RODO.
7. Podanie danych jest dobrowolne i jest niezbędne do uzyskania członkostwa w Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną.

Zapoznałem się z powyższymi informacjami

Data ..... Podpis .....