

## Formularz zgłoszeniowy przystąpienia do Programu

Zwracam się z prośbą o podpisanie Porozumienia w sprawie przystąpienia do **Programu Leczenia i Rehabilitacji Stwardnienia Rozsianego i ON (PLiR)**, które da mi możliwość gromadzenia środków finansowych na rachunku bankowym należącym do PTSR w Lublinie z przeznaczeniem na Program Leczenia i Rehabilitacji.

Przez wypełnienie niniejszego formularza zgłaszam chęć przystąpienia do Programu.

### Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....

### Dane osobowe

Imię i nazwisko:.....

PESEL: .....

Nr dowodu osobistego.: .....

### Dane adresowe zamieszkania:

Ulica, nr domu i miejsce **zamieszkania (do korespondencji)**:

.....

Kod i miejscowość: .....

### Dane adresowe zameldowania (jeśli jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica, nr domu i **miejsce zameldowania**:

.....

Kod i miejscowość: .....

### Dane kontaktowe

Telefon stacjonarny:: ..... (9 cyfr)

Telefon komórkowy:: ..... (9 cyfr)

Adres e-mail: .....

### Dodatkowa osoba do kontaktu (imię i nazwisko, telefon kontaktowy)

.....

.....  
miejscowość

.....  
dnia

.....  
podpis osoby przystępującej do programu  
lub opiekuna prawnego

**Proszę również wypełnić na następnej stronie – jest to niezbędne do podpisania Klauzuli informacyjnej przy przystąpieniu do PLiR – Programu Leczenia i Rehabilitacji (posiadania Subkonta)**

**Proszę zakreślić właściwe krzyżykiem X**

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie, moich danych osobowych zawartych w formularzu, zgodnie z brzmieniem Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. W przypadku osób poniżej 13 roku życia, zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać wyrażona jedynie przez przedstawiciela ustawowego małoletniego, co musi zostać potwierdzone odpowiednim dokumentem.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że Administratorem moich danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie, ul. Kapucyńska 1-3, 20-009 Lublin, wpisane do rejestru stowarzyszeń Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem: 0000318050, NIP: 9462569325, REGON: 060427051, kontakt: lublin@ptrs.org.pl
- Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że przekazanie danych osobowych jest warunkiem zawarcia Porozumienia realizowanego przez PTRS w Lublinie.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że PTRS w Lublinie zawarło umowy w zakresie powierzenia przetwarzania moich danych z biurem rachunkowym oraz w celu obsługi systemów informatycznych.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że gromadzone dane osobowe podlegają przetwarzaniu jedynie w celach statutowych PTRS w Lublinie, w tym w celu realizacji Porozumienia, na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz Ustawy o ochronie danych osobowych.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Porozumienia, a podstawą prawną ich przetwarzania jest wyrażona przeze mnie dobrowolna zgoda, zawarta umową Porozumienia. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez PTRS w Lublinie, aby zawrzeć umowę i wypełnić jej warunki.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że gromadzone dane osobowe podlegają przetwarzaniu przez okres niezbędny do realizacji celów statutowych PTRS w Lublinie oraz Programu.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że mam prawo:
- w każdym czasie cofnąć wyrażoną zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych,
  - w każdym czasie żądać od PTRS w Lublinie dostępu do treści przetwarzanych danych,
  - żądać sprostowania przetwarzanych danych,
  - żądać od PTRS w Lublinie ograniczenia przetwarzania danych,
  - żądać całkowitego usunięcia przekazanych PTRS w Lublinie moich danych osobowych,
  - wnieść sprzeciwu wobec celu przetwarzania moich danych osobowych,
  - otrzymać w jednym dokumencie wszystkie zgromadzone, dotyczące mnie dane osobowe,
  - żądać ich przekazania bezpośrednio przez PTRS w Lublinie innemu podmiotowi, w przypadku naruszenia przez PTRS w Lublinie przepisów regulujących przetwarzanie danych osobowych,
  - wnieść do Urzędu Ochrony Danych Osobowych stosownej skargi.
- Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z **Porozumieniem** w sprawie przystąpienia do Programu Leczenia i Rehabilitacji umieszczonym na stronie internetowej, w pełni je rozumiem oraz akceptuję zawarte w nich zasady.
- Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się ze **Wskazówkami** dotyczącymi programu Leczenia i Rehabilitacji Stwardnienia Rozsianego (PLiR), w pełni je rozumiem oraz akceptuję zawarte w nich zasady
- Oświadczam, że jestem osobą chorą na stwardnienie rozsiane lub niepełnosprawną. Dla potwierdzenia załączam zaświadczenie lekarskie potwierdzające mój stan zdrowia. Równocześnie zobowiązuję się do przesłania zaświadczenia drogą pocztową w przypadku wystosowania takiego wezwania przez PTRS w Lublinie.