**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

Imię (imiona) i Nazwisko .........................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ........................................................................................................

Adres stałego zamieszkania ....................................................................................................

 Kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania

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

Nr telefonu ...............................................................................................................................

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną : Tak Nie

Rodzic / opiekun osoby niepełnosprawnej: Tak Nie

Inni: Tak Nie

Proszę o przyjęcie mnie na członka

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, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO.

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 Gdańsku
z siedzibą w Gdańsku przy ul. Jagiellońskiej 11.
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 jako jednostce nadrzędnej.

1. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, oraz prawo wniesienia sprzeciwu.
2. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie podanych danych osobowych narusza przepisy RODO.
3. Podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie wiąże się z niemożliwością uzyskania członkostwa w Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualna.

Zapoznałem się z powyższymi informacjami

Data .......................... Podpis ………………………...................