**BELÉPÉSI NYILATKOZAT**

Alulírott...............................................................................(szülő, törvényes képviselő)

Szül. idő:...........................................................................................................

Lakcím: ............................................................................................................

mint

Név:........................................................................................................(kiskorú)

Szül. idő:.........................................................................................................

Lakcím: ............................................................................................................

Mobiltelefon: .................................. Otthoni telefon: ...............................................

E-mail: ..............................................................................................................

Foglalkozás: ........................................................................................................

Vérzékenység típusa: ………………………………………. Súlyossági foka: ……………………………………………….

Kezelőorvos neve, elérhetősége[[1]](#footnote-1): ……….....................................................................

Nem vagyok beteg, kapcsolatom a vérzékenységgel: .......................................................

14. életévét be nem töltött kiskorú törvényes képviselője a fent megjelölt kiskorú tagfelvételét kérem a **MAGYAR HEMOFÍLIA EGYESÜLETBE** (cím: 1088 Budapest, Rákóczi út 29. II. em. 7.a.; Fővárosi Törvényszék nyilvántartási szám: 3170; hivatalos honlap: www.mhe.hu).

***Az egyesület munkájához az alábbi területe(k)en szeretnék hozzájárulni*** *(kérjük, jelölje be, akár többet is)****:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⧠ rendszeres anyagi támogatás | ⧠ fordítás, tolmácsolás | ⧠ forrásteremtés |
| ⧠ programszervezés | ⧠ informatika | ⧠ pályázatírás |
| ⧠ tanácsadás (pl. jogi, pszichológiai) | ⧠ média | ⧠ kiadványszerkesztés |
| ⧠ eü-i szolgáltatás (pl. gyógytorna) | ⧠ önkéntes a rendezvényeken | ⧠ videó szerkesztés |
| ⧠ szociális munka | ⧠ önkéntes a gyerektáborban | ⧠ adminisztráció |
| ⧠ egyéb önkéntes munka: ……………………………………………………………………………………………………………….…. | | |

A közhasznú egyesület céljaival maradéktalanul egyetértek, az alapszabályt ismerem, az abban foglaltakat magamra nézve kötelezőnek elfogadom.

Az egyesületi tagdíj megfizetését vállalom, lehetőségeimhez képest anyagilag és önkéntes munkámmal támogatom az egyesületet.

Dátum: .................... Aláírás: ...............................................................................

Alulírott, az aláírásommal hozzájárulok ahhoz, hogy a Magyar Hemofília Egyesület (a továbbiakban: Egyesület) a fenti kiskorú belépési nyilatkozatban megadott személyes és egészségügyi adatait kezelje. Az Adatvédelmi és Adatbiztonsági Szabályzat és az Alapszabály ismeretében tájékoztatást kaptam a személyes adatok kezelésének időtartamáról, az adatkezelés jogalapjáról és címzettjéről, a továbbított személyes adatok körének meghatározásáról, valamint az adatkezelést előíró jogszabályban meghatározott egyéb adatokról.

Az Egyesület az érintett személyes és egészségügyi adatait az Egyesület alapszabályában meghatározott célból, az Info. tv. 5. § (1) a) pontjában meghatározott érintetti hozzájárulás alapján kezeli. Az Egyesület személyes és egészségügyi adatokat a fenti cél megvalósításához szükséges ideig, az Info tv. és az Egyesület Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatának rendelkezéseivel összhangban kezeli. Az Info tv. 14. § alapján az érintett bármikor kérhet tájékoztatást a fenti adatkezelésről, valamint kérheti adatainak helyesbítését és adatainak törlését az adatkezelőtől.

Dátum: .................... Aláírás: ...............................................................................

*Az alapszabály értelmében a belépési nyilatkozat csak az egyesület vezetőségének jóváhagyása után válik érvényessé! Kérjük, a belépési nyilatkozatot aláírva küldje vissza: Magyar Hemofília Egyesület, 1088 Budapest, Rákóczi út 29. II. emelet 7.*

1. Kijelentem, hogy kezelőorvosom adatait az ő előzetes hozzájárulása alapján adom meg. Tudomásul veszem, hogy az Egyesület nem vállal felelősséget a hozzájárulás hiányából eredő jogsértésekért. [↑](#footnote-ref-1)