

# PRISTOPNA IZJAVA

(osebe od dopolnjenega sedmega do dopolnjenega šestnajstega leta starosti)

## 1. Podpisani/a (prosimo, izpolnite)

\_\_\_\_\_ ime \_\_\_\_\_ priimek .. datum rojstva  
(dan.mesec.leto)  spol  
(M/Ž)

Kontaktni podatki (za obveščanje):

\_\_\_\_\_ ulica \_\_\_\_\_ hišna št. \_\_\_\_\_ kraj SI- \_\_\_\_\_ poštna št. \_\_\_\_\_ pošta

/- mobilni telefon /- stacionarni telefon \_\_\_\_\_ elektronska pošta

**želim postati (prosimo, označite)**

redna\* članica /  podporni član  
redni\* član /

\* Redni član DRS lahko postane bolnik in/ali invalid z diagnozo vnetne revmatične bolezni (spondiloartritis, revmatoidni artritis, juvenilni idiopatski artritis, sistemske vezivno tkivne bolezni npr. lupus, s kristali povzročena sklepna vnetje npr. protin in vaskulitisi).

**in soglašam, da DRS obdeluje OP skladno z obvestilom o zasebnosti ter za namene (označite s križcem ali kljukico v okvirčku)**

- brezplačnega pravnega svetovanja** s strani Pravno informacijskega centra (PIC), Ljubljana (vodenje evidenc, preprečevanje zlorab, statistična obdelava);
- prilagajanja delovanja DRS** (spremljanja moje/najine pretekle vključenosti v aktivnosti, programe in delovanje DRS).

S podpisom te pristopne izjave potrjujem da:

- (1) sem prebral/a in razumel/a obvestilo o zasebnosti (obvestilo si shranite!);
- (2) sem imel/a možnost pridobitve dodatnih informacij;
- (3) sem podal/a točne podatke;
- (4) sprejemam temeljni akt DRS (Statut) in pravila društva ter, da bom ravnal/a v skladu z njimi;
- (5) bom redno plačeval/a letno članarino.

Datum (dan.mesec.leto)  
..

Lastnoročni podpis:

\_\_\_\_\_

2. **Podpisani/a zakoniti zastopnik/zastopnica oz. nosilec/nosilka starševske odgovornosti za otroka** (prosimo, izpolnite)

\_\_\_\_\_ ime \_\_\_\_\_ priimek .. datum rojstva (dan.mesec.let)  spol (M/Ž)

Kontaktni podatki:

\_\_\_\_\_ ulica \_\_\_\_\_ hišna št. \_\_\_\_\_ kraj SI- poštna št. \_\_\_\_\_ pošta  
/- mobilni telefon /- stacionarni telefon \_\_\_\_\_ elektronska pošta

**soglašam z včlanitvijo v prvi točki navedene osebe.**

Datum (dan.mesec.let)  
..

Lastnoročni podpis:

\_\_\_\_\_

Prosimo da izpolnjeno in podpisano pristopno izjavo pošljete na elektronski naslov **drustvo@revmatiki.si** ali po pošti na naslov **Društvo revmatikov Slovenije, Parmova ulica 53, 1000 Ljubljana**.

Po prejemu pristopne izjave Vas bomo kontaktirali z dopisom, v katerem Vas bomo prosili, da nam pošljete še **kopijo dokazila**, iz katerega bo razvidno, da imate vnetno revmatično bolezen (5. alineja 1. odstavka 11. člena Statuta DRS), ki je pogoj za status redne članice oz. rednega člana. Prejeli pa boste tudi položnico za plačilo članarine za tekoče leto.

Za vsa vaša vprašanja smo vam na voljo v času uradnih ur ob **torkih in četrtnih med 10. in 14. uro**. Ob teh dnevih se lahko tudi osebno oglasite v pisarni na sedežu društva.

Tel. št.: 059 075 366

Fax: 059 075 361

E-pošta: drustvo@revmatiki.si

Spletna stran: www.revmatiki.si

Posebno pojasnilo o uporabi osebnih podatkov:

Splošni podatki (ime, naslov in kontakti podatki) se zahtevajo za potrebe vpisa v evidenco članov, za ohranjanje statusa nacionalne invalidske organizacije in statusa reprezentativnosti, za potrebe obveščanja o aktivnostih in delovanju Društva revmatikov Slovenije, za statistično obdelavo ter so nujni za včlanitev. Predložitev zdravstvene dokumentacije je potrebna zaradi preverjanja ali oseba izpolnjuje zdravstvene pogoje (1. in 11. člen Statuta DRS) za redno članstvo.

DRS se obvezuje, da bo pridobljene osebne podatke uporabljalo in varovalo v skladu z veljavnimi predpisi s področja varstva osebnih podatkov ter jih ne bo posredovalo tretjim osebam brez vašega soglasja. Obdelavo osebnih podatkov, za katero ste podali privolitev ob včlanitvi, lahko kadarkoli pisno prekličete na naslov Društvo revmatikov Slovenije, Parmova 53, 1000 Ljubljana ali na e-naslov drustvo@revmatiki.si. Prav tako lahko zahtevate izbris, izpis ali prenos vaših osebnih podatkov. Kadarkoli imate tudi pravico zahtevati prenehanje obveščanja ali izstopiti iz članstva.