



KWESTIONARIUSZ CZŁONKA STOWARZYSZENIA CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE

1. Imię i nazwisko (rodzica, opiekuna)

.....
.....

2. Data urodzenia

.....

3. Imię i nazwisko chorego dziecka

.....

4. data urodzenia dziecka

.....

5. Adres zamieszkania

.....

.....

6. Adres do korespondencji

.....

.....

7. Numer dowodu osobistego PESEL

.....

8. Numer telefonu : stacjonarny, komórka

.....

.....

9. Adres e-mail

.....

.....

10. Numer Gadu-Gadu

.....

11. Stopień niepełnosprawności

.....

.....

12. Rodzaj schorzenia (nazwa choroby)

.....

.....

.....

13. Data przystąpienia do stowarzyszenia

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w/w kwestionariuszu dla potrzeb niezbędnych i do realizacji zadań statutowych stowarzyszenia (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r, o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr. 133 poz. 883)

.....

(data, podpis)