

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Zgłaszam akces do Polskiego Towarzystwa Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”, akceptuję jego założenia programowe oraz zobowiązuję się do przestrzegania zasad działania określonych w Statucie: w tym opłacania składek członkowskich i podejmowania działań na rzecz Towarzystwa.

Dane Członka:

a)	imię i nazwisko	
b)	ulica lub miejscowość zamieszkania, numer domu, numer mieszkania	
c)	poczta – z numerem kodu pocztowego	
d)	numer telefonu (z numerem kierunkowym miejscowości)	
e)	numer telefonu komórkowego	
f)	adres e-mailowy	
g)	numer dowodu tożsamości	
h)	PESEL	

Statut Towarzystwa dostępny jest w Internecie pod adresem <http://j-elita.org.pl>

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w złożonej przeze mnie deklaracji, przez „J-elita” dla potrzeb niezbędnych do rekrutacji i realizacji zadań Towarzystwa (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych).

.....
(miejscowość, data wypełnienia deklaracji)

.....
(podpis składającego deklarację)

Decyzja Zarządu:

Pan/i został/a przyjęty/a (nie przyjęty/a) w poczet członków zwyczajnych*, wspierających. Za Zarząd

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest z jednej strony uzyskanie informacji o osobach chorych, z drugiej zaś informacji dotyczących Państwa zawodu lub/i wykonywanej pracy. Informacje te mogą stać się pomocne w wykorzystaniu Państwa wiedzy w działaniach na rzecz Towarzystwa.

Dane dotyczące chorego

Czy jest Pan/i	<input type="radio"/> Osobą chorą <input type="radio"/> rodzicem lub opiekunem chorego <input type="radio"/> inną osobą zainteresowaną		
Choruje Pan/i na:	<input type="radio"/> Wrzodziejące zapalenie jelita grubego <input type="radio"/> Chorobę Leśniowskiego - Crohna		
Imię i nazwisko chorego (jeśli jest inne niż członka)		Data urodzenia :	
Kiedy postawiono diagnozę?		Kiedy pojawiły się pierwsze objawy?	
Czy przeprowadzono zabiegi chirurgiczne? (jakie, kiedy)		Czy w rodzinie ktoś choruje lub chorował na NZJ?	
Stopień niepełnosprawności:			
Pod czyją opieką znajduje się chory? (klinika, nazwisko, ośrodek leczenia)			

Dane Dotyczące Członka

Wykształcenie (kierunek)		Wykonywany zawód	
Jakie działania powinno podjąć Towarzystwo w pierwszej kolejności?			
Jakimi działaniami, pracą lub świadczeniami materialnymi może i chciałby Pan/Pani wesprzeć Towarzystwo?			