**KARTA BENEFICJENTA POLSKIEGO TOWARZYSTWA WALKI Z MUKOWISCYDOZĄ ODDZIAŁ W GDAŃSKU**

1. DANE DOTYCZĄCE OSOBY CHOREJ (prosimy o uzupełnienie wszystkich pól)

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………

Data urodzenia…………………………………………

PESEL …………………

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy ………………………………

E-mail ………………………………

Imię i nazwisko matki ………………………………………………………

Imię i nazwisko ojca …………………………………………………………

Czy któryś z rodziców ma odebrane/ograniczone prawa rodzicielskie NIE/ TAK1, który?……………………………………

1Jeśli tak to prosimy załączyć dokumentację potwierdzającą odebranie praw rodzicielskich (Załączono następujące dokumenty:………………………………………………………………………………)

Czy osoba chora jest ubezwłasnowolniona NIE/ TAK2

2Jeśli tak, to prosimy załączyć dokumentację potwierdzającą ubezwłasnowolnienie (Załączono następujące dokumenty: …………………………………………………………………)

Czy osoba chora jest/chce być członkiem Towarzystwa? NIE/TAK3

3 Prosimy załączyć wypełnioną deklarację członkowską (jeśli nie była dotychczas dostarczona)

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO UZYSKIWANIA INFORMACJI I SKŁADANIA WNIOSKÓW W IMIENIU OSOBY CHOREJ

(Prosimy o uzupełnienie danych co najmniej jednej osoby. W przypadku niepełnoletnich chorych należy wpisać dane rodziców lub opiekunów prawnych. W przypadku chorych pełnoletnich należy wskazać dowolną osobę).

OSOBA I

Imię i nazwisko ……………………………………………………

Data urodzenia ……………………………………………………

PESEL ……………………………

Adres zamieszkania ………………………………………

Telefon kontaktowy …………………………………………

E-mail ……………………………………

Czy osoba upoważniona jest spokrewniona z osobą chorą? NIE/TAK4

4 Jeśli tak, to prosimy określić stopień pokrewieństwa: …………………………………………………..

Czy osoba upoważniona jest/chce być członkiem Towarzystwa? NIE/TAK5

5 Prosimy załączyć wypełnioną deklarację członkowską (jeśli nie była dotychczas dostarczona)

OSOBA II

Imię i nazwisko ………………………………………………………...

Data urodzenia …………………………………………

PESEL ……………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy ……………………………………………...

E-mail …………………………………

Czy osoba upoważniona jest spokrewniona z osobą chorą? NIE/TAK6

6 Jeśli tak, to prosimy określić stopień pokrewieństwa: ……………………

Czy osoba upoważniona jest/chce być członkiem Towarzystwa? NIE/TAK7

7 Prosimy załączyć wypełnioną deklarację członkowską (jeśli nie była dotychczas dostarczona)

1. DANE DO KONTAKTU ELEKTRONICZNEGO/TELEFONICZNEGO

Prosimy o podanie danych, poprzez które będzie kierowana całość korespondencji elektronicznej dotyczącej działań pomocowych Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą Oddział w Gdańsku.

E-mail (podać jeden, główny adres): ……………………………….

Telefon kontaktowy:.………………………………..……

Numer rachunku bankowego (dla posiadaczy subkont): ..…………………………………………………………………………………………………

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust 2 lit a Rozporządzenia 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 osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą Oddział w Gdańsku moich danych osobowych/ oraz danych mojego dziecka, w celach wynikających z jego działalności statutowej określonych szczegółowo w Statucie PTWM co obejmuje przekazanie moich danych osobowych do instytucji finansujących lub współfinansujących projekt w tym PEFRON oraz innych grantodawców projektów pomocowych z których korzystają chorzy na mukowiscydozę w celu kontroli prawidłowości wydatkowania pozyskanych środków.

……………….……………………………………………………....(data i czytelny podpis)

Czytelny podpis beneficjenta

(Podpis osoby chorej pełnoletniej lub rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego chorego)

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Czytelne podpisy osób upoważnionych

(Miejscowość i data podpisy wszystkich osób upoważnionych, wymienionych w części B)

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawach swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest **Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą Oddział   
w Gdańsku** z siedzibą przy ul. Polanki 119 w Gdańsku 80 – 308 REGON: 191237567 NIP: 584 19 93 396; w dalszej części zwane „PTWM Oddział w Gdańsku” lub „Administratorem”.

2. Z Polskim Towarzystwem Walki z Mukowiscydozą Oddział w Gdańsku w zakresie danych osobowych można skontaktować się pisząc na adres e-mail: [biuro@muko.gda.pl](mailto:biuro@muko.gda.pl) lub pocztą tradycyjną na adres siedziby.

3. Dane osobowe beneficjenta PTWM Oddział w Gdańsku / dane osobowe opiekuna prawnego / dane osobowe członka PTWM Oddział w Gdańsku przetwarzane będą w celu świadczenia pomocy naszym beneficjentom i ich rodzinom poprzez m.in.

- wsparcie socjalne, psychologiczne, prawne i dietetyczne,

- prowadzenie wypożyczalni sprzętu,

- prowadzenie subkonta 1% i subkonta darowizn,

- pomoc chorym w zbiórce środków na leczenie,

- organizację projektów domowej rehabilitacji,

- działalność informacyjną i edukacyjną, w tym organizację warsztatów, szkoleń, kursów

- zwołanie i organizacja Walnego Zgromadzenia Członków,

- organizację wydarzeń charytatywnych,

- kontakt telefoniczny, mailowy i wysyłkę korespondencji dotyczącej funkcjonowania PTWM Oddział w Gdańsku, w tym realizowanych projektów i wydarzeń, podejmowanie wszelkich działań, niewymienionych wyżej, mających na celu poprawę jakości życia chorych na mukowiscydozę zgodnych z realizacją zadań statutowych PTWM określonych w Statucie: wszechstronne działanie na rzecz osób chorych na mukowiscydozę oraz ich rodzin, poprawa jakości życia chorych na mukowiscydozę, działanie na rzecz osób niepełnosprawnych chorych na mukowiscydozę, co jest prawnie uzasadnionym interesem Administratora na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, a także Art. 6 ust. 1 lit. a) lit. b) lit. c); b) dane wrażliwe (na temat stanu zdrowia) przetwarzane są na podstawie Art. 9 ust 2 lit a) lit c) oraz lit. d); c) w postaci publikacji wizerunku, w celu promocji działań Administratora poprzez informowanie w mediach i publikacjach własnych o działalności Administratora na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a); Art. 9 ust 2 lit a) tj. odrębnej, wyrażonej przez Panią/Pana zgody, lit c) i e)

4. Dane osobowe osoby upoważnionej w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, stopnia pokrewieństwa, adresu korespondencyjnego, telefonu kontaktowego, adresu e-mail, przetwarzane będą w celu uzyskiwania przez osobę upoważnioną informacji i składania wniosków w imieniu osoby chorej o zapewnienie usług świadczonych przez PTWM Oddział w Gdańsku, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a) i lit. f) RODO. Uzasadniony interes administratora polega za zapewnieniu dostępu do usług i świadczeń dostarczanych przez PTWM Oddział w Gdańsku osobom, które nie mogą tego zrobić osobiście.

5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty świadczące usługi dla PTWM Oddział w Gdańsku w zakresie obsługi informatycznej, organizacyjnej, podmioty zajmujące się hostingiem strony www, dostawca oprogramowania, podmioty realizujące dostawę towarów, pracownicy PTWM Oddział w Gdańsku, wolontariusze, a także podmioty świadczące na zlecenie i we współpracy z PTWM Oddział w Gdańsku formy pomocy dla podopiecznych na podstawie odrębnych umów, w tym PEFRON lub inne instytucje współfinansujące projekt pomocowy. Pani/Pana dane osobowe mogą być również udostępniane na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa organom administracji państwowej i samorządowej, którym jesteśmy zobowiązani przekazać Pani/Pana dane osobowe.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu odwołania zgody, dane osobowe przetwarzane w celu dokonywania rozliczeń będą przechowywane przez okres przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej wynikający z przepisów prawa; dane przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach sądowych) będą przechowywane przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego.

7. Posiada Pani/Pan: a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO; b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO; c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO; d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO; e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO; f) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO; g) w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wskazane żądania mogą być wnoszone adres e-mail: biuro@muko.gda.pl lub pocztą na adres siedziby PTWM Oddział w Gdańsku.

8. W przypadku, gdy Pani/Pana zdaniem przetwarzanie przez Administratora Pani/Pana danych narusza przepisy prawa, ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest niezbędne do korzystania z form pomocy wynikających ze statutu i oferowanych przez PTWM Oddział w Gdańsku. Brak podania tych danych będzie skutkować brakiem możliwości zapisania go do bazy PTWM Oddział w Gdańsku i świadczenia pomocy na rzecz beneficjenta/ członka PTWM Oddział w Gdańsku.

10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu (przetwarzanie bez udziału człowieka).