



## Přihláška za člena Českého svazu hemofiliků, z.s.

Jsem (zatrhněte): a) hemofilik/vonWillebrand b) zákonný zástupce  
c) ostatní

Jméno a příjmení:.....

Adresa: Ulice: ..... č.p. ....

Datum narození:.....

Město: ..... PSČ: .....

Telefon .....

E-mail: .....

Jméno a příjmení dítěte: .....  
(v případě zastupování zákonným zástupcem)

Datum narození:.....

Typ hemofilie/von Willebrand .....forma/typ. ....

Poznámka: .....

V souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) uděluji souhlas se zpracováním výše uvedených svých osobních údajů spolku Český svaz hemofiliků, z.s., IČO: 00676161, se sídlem U nemocnice /1, 128 20 Praha 2. Poskytnuté údaje mohou být zpracovávány a uchovávány za účelem činnosti spolku, který zajišťuje pomoc pacientům s hemofilií a dalšími krvácivými onemocněními, a to v rozsahu jméno, příjmení, bydliště, kontaktní emailová adresa, telefonní číslo a údaje o typu a formě krvácivého onemocnění.

S výše uvedeným zpracováním uděluji svůj výslovný souhlas.

Souhlas uděluji po dobu mého trvání členství a jsem si vědom(a), že souhlas je dobrovolný a tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V ..... dne .....  
podpis

***Vyplněnou přihlášku prosím zašlete na adresu:  
Český svaz hemofiliků, U nemocnice 1 (ÚHKT), 128 20 Praha 2***