



**STOWARZYSZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA RECKLINGHAUSENA  
I INNYMI SCHORZENIAMI Z GRUPY FAKOMATOZ**

---

**DEKLARACJA**

DEKLARUJĘ DOBROWOLNIE PRZYSTĄPIENIE W POCZET CZŁONKÓW  
ALBA JULIA - STOWARZYSZENIA PACJENTÓW Z CHOROBA  
RECKLINGHAUSENA I INNYMI CHOROBAMI Z GRUPY FAKOMATOZ

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres korespondencyjny .....

.....

Adres e-mail .....

Tel. kontaktowy .....

Deklaruję składkę roczną w wysokości ....., równą lub wyższą od składki minimalnej  
wynoszącej 10 zł/mies., przyjętą uchwałą Walnego Zgromadzenia Członków.

Składkę można opłacać w całości lub w ratach.

Deklarację należy wysłać na adres:

Dorota Korycińska  
Ul. Młynarska 11/15  
01-205 Warszawa

Zostałem/łam poinformowany/a o fakcie przetwarzania moich danych osobowych przez ALBA  
-JULIA STOWARZYSZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA RECKLINGHAUSENA I INNYMI CHOROBAMI Z  
GRUPY FAKOMATOZ dla celów statutowych oraz moich uprawnieniach (wynikających z Ustawy o ochronie  
danych osobowych) do wglądu do zarejestrowanych danych  
osobowych, ich poprawiania, a w przypadkach wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt  
.4 i 5 ustawy, do wyrażenia sprzeciwu przetwarzania danych do celów statutowych lub wobec przekazywania ich  
innemu administratorowi danych.