

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΨΩΡΙΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

«ΚΑΛΥΨΩ»

Φόρμα Εγγραφής Μέλους

Τα προσωπικά δεδομένα προστατεύονται από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) (ΕΕ) 2016/679 και γνωστοποιούνται μόνο στα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.

ΟΝΟΜΑ: _____ ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____ ΠΟΛΗ: _____

Τ.Κ.: _____ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: _____

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (προαιρετικά): _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΚΙΝΗΤΟ: _____ E-MAIL: _____

Παρακαλώ, σημειώστε (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα):

- ☐ Άλλες δερματικές παθήσεις ☐ Ψωρίαση ☐ Ψωριασική αρθρίτιδα ☐ Συγγενής
☐ Ασθενής ☐ Προσωπικός βοηθός ☐ Άλλο

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ): _____

Προς το Διοικητικό Συμβούλιο του Σωματείου Υποστήριξης Ψωριασικών Ασθενών «ΚΑΛΥΨΩ»

- ☐ Έχω λάβει γνώση του καταστατικού του Σωματείου και επιθυμώ να γίνω μέλος του.
- ☐ Παρέχω τη ρητή συγκατάθεση και συναίνεσή μου σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) (ΕΕ) 2016/679, για την τήρηση των στοιχείων που αφορούν στο άτομό μου και τα οποία έχω γνωστοποιήσει προσωπικά στο Σωματείο. Η τήρηση και επεξεργασία των προσωπικών μου στοιχείων από το Σωματείο -στα οποία δικαιούμαι να έχω πρόσβαση οποτεδήποτε- γίνεται προς το σκοπό πληροφόρησής μου όσον αφορά την πάθησή μου και εκδηλώσεις του Σωματείου.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΕΛΟΥΣ: _____

Ετήσιο κόστος συνδρομής: 15 €

Τραπεζικός λογαριασμός Eurobank

Δικαιούχος: Σωματείο Υποστήριξης Ψωριασικών Ασθενών Καλυψώ

IBAN: GR19 0260 0320 0008 1020 0477 366

Παρακαλούμε, στείλτε το συμπληρωμένο δελτίο και το καταθετήριο με e-mail στο info@kalipso.gr, ή ενημερώστε μας τηλεφωνικά στο 210 72 12 002.

Ευχαριστούμε! — Σωματείο «ΚΑΛΥΨΩ»