

Přihláška k členství

Podávám tímto přihlášku ke členství ve spolku ADNP asociace, z.s., se sídlem Tryskovická 1015/21, 196 00 Praha 9, IČ: 22260927 (dále jen "spolek") a žádám o její projednání Radou na nejbližší schůzce. Podpisem této přihlášky souhlasím se zněním stanov, které byly přijaty členskou schůzí dne 5. května 2025.

Jméno a příjmení
Datum narození
Adresa trvalého bydliště
E-mail
Telefonní číslo

☐ **Jsem zákonným zástupcem pacienta:** (vyplňte jméno osoby, o kterou pečujete)

Jméno a příjmení
Datum narození

Součástí této přihlášky jsou přílohy obsahující zdravotní údaje. Uděluji tímto souhlas, aby spolek po dobu mého členství uchovával a zpracovával mnou uvedené osobní údaje a přiloženou dokumentaci v souladu s platnými právními předpisy. Tyto údaje nebudou bez mého dalšího výslovného souhlasu poskytnuty žádné třetí osobě ani organizaci. Informace obsažené v dokumentaci však mohou být použity v anonymizované podobě pro účely výzkumu a vedení statistických záznamů.

V dne

.....

Podpis žadatele