



Kwestionariusz – dane osobowe

Nazwisko:

Imię:

Data ur.:

PESEL:

Ulica, nr domu i mieszk.:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Telefon stacj.:

Tel. kom.:

Faks:

E-mail:

Dane osoby z diagnozą/podejrzeniem naprzemiennej hemiplegii dziecięcej

Nazwisko:

Imię:

Data ur.:

PESEL:

Schorzenia:

Symbol:

Stopień niepełnosprawności:

Data upływu ważności orzeczenia:

Ilość siostr i wiek:

Ilość braci i wiek:

Dodatkowe informacje:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997 roku, nr. 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami) przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z AHC ahc-pl i udostępnianie ich osobom trzecim dla realizacji celów statutowych. Wiem, że mam prawo wglądu oraz poprawiania swoich danych, a także do odwołania powyższej zgody.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis