

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Stowarzyszenia Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej. Akceptuję i popieram założenia programowe Stowarzyszenia oraz zobowiązuję się do przestrzegania zasad określonych w Statucie, w tym opłacania składek członkowskich. Prosimy wypełnić czytelnie.

Imię i nazwisko	
Dokładny adres z kodem pocztowym	
PESEL lub nr dowodu	
tel. kontaktowy	
e-mail, ew. nick z forum	

Składka członkowska wynosi 30 zł na rok, konto Stowarzyszenia:
36 1020 1169 0000 8502 0105 5615

Uwaga: nie przyjmujemy do Stowarzyszenia dzieci poniżej 16 r.ż. (zapraszamy rodziców).
W przypadku zapisywania się osoby w wieku 16 -18 lat prosimy dodatkowo o podpisanie oświadczenia:

Oświadczam, iż jestem rodzicem lub opiekunem prawnym i wyrażam zgodę na członkostwo w/w osoby w Polskim Stowarzyszeniu Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej.

.....
imię i nazwisko opiekuna

.....
data i podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji członkowskiej przez Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i Na Diecie Bezglutenowej zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 833.

.....
data i podpis

Wypełnioną deklarację i ankietę (na odwrocie) prosimy przesłać na adres:

Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej
skrytka pocztowa 22
02-796 Warszawa 138

Podpisaną deklarację można także **zeskanować i przesłać e-mailem** na adres: info@celiakia.pl

Ankieta:

Bardzo prosimy o wypełnienie poniższej ankiety, która pozwala nam zbierać informacje (wyłącznie na potrzeby Stowarzyszenia) na temat osób będących na diecie bezglutenowej, ich problemów z diagnozowaniem i życiem codziennym. Jednocześnie informacje te mogą stać się pomocne w wykorzystaniu Państwa wiedzy w działaniach na rzecz naszego Stowarzyszenia.

- Jestem na diecie/ mam dziecko na diecie (wiek dziecka) / jestem osobą w inny sposób zainteresowaną tematem*.
- Dieta – od kiedy?
- Powód przejścia na dietę (celiakia, alergia na gluten, inny):
- Jestem /dziecko jest * pod stałą opieką lekarza, poradni (nazwa placówki):
- Objawy przed diagnozą:
- Jak oceniam swoją wiedzę na temat celiakii i diety bezglutenowej?
- Najistotniejsze problemy z dietą i chorobą w życiu codziennym:
- Jak według mnie Stowarzyszenie powinno działać na rzecz osób na diecie bezglutenowej?
- Jakimi działaniami, pracą lub świadczeniami materialnymi mogę i chcę wesprzeć Stowarzyszenie (np. ze względu na wykształcenie, wykonywany zawód, umiejętności itp.)?

Wszystkim osobom, które się do nas zapisują wysyłamy nasze materiały informacyjne. Jeśli już mają Państwo nasz poradnik „Celiakia i dieta bezglutenowa” proszę zaznaczyć w rubryce poniżej:

- Tak, mam poradnik
- Nie, proszę o wysłanie poradnika

* Niepotrzebne skreślić