



ZA DRUSTVO BOLNIKOV Z OSTEOPOROZO

Ime: _____

Priimek: _____

Letnica rojstva: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

Poklic: _____

Ali že imate kakšne izkušnje pri zdravljenju osteoporoze? DA

Ali se vam stanje izboljšuje DA ali slabša? DA

Ali želite pomagati pri delu društva? DA

Katera področja vas zanimajo? (Prosimo, označite!)

- predavanja o preprečevanju in zdravljenju osteoporoze
- predavanja o preprečevanju in zdravljenju drugih bolezni
- skupni sprehodi
- telovadba, plavanje
- izleti in druge oblike druženja

S podpisom dovoljujem društvu, da pridobljene osebne podatke obdeluje za potrebe uresničevanja svoje dejavnosti in članstva v društvu in jih posreduje tretjim osebam, v kolikor je to nujno za uresničevanje namena obdelave. Društvo se zavezuje, da bo podatke varovalo v skladu z veljavnimi predpisi.

S podpisom potrjujem, da želim prejemati obvestila o aktivnostih društva ter novice s področja delovanja društva.

Datum: _____ Podpis: _____

Izpolnjeno prijavnico lahko pošljete v najbližje društvo.

