

# PRISTUPNICA ZAJEDNICE SPINALNO OZLIJEĐENIH (SOZ)

Molimo vas da ispunite pristupnicu te nam je dostavite zajedno s fotokopijom medicinske dokumentacije o dijagnosticiranoj paraplegiji, tetraplegiji, paraparezi, tetraparezi čiji je uzrok spinalna ozljeda ili bolest.

ZAJEDNICA SPINALNO OZLIJEĐENIH, Vladimira Varićaka 20, 10010 Novi Zagreb - Slobošćina

## OPĆI PODACI

IME

PREZIME

DATUM ROĐENJA

OIB

SPOL (ZAKRUŽI)

M

Ž

## ADRESA STANOVANJA I KONTAKT

ULICA I KUĆNI BROJ

BROJ POŠTE

MJESTO

ŽUPANIJA

E-MAIL

MOBITEL

## OBRAZOVANJE I RADNI STATUS

ZAVRŠENA ŠKOLA/FAKULTET

BEZ ŠKOLE

OSNOVNA ŠKOLA

SREDNJA ŠKOLA

VIŠA ŠKOLA

FAKULTET

DOKTORAT

RADNI STATUS

ZAPOSLEN/A

NEZAPOSLEN/A

MIROVINA

UČENIK/STUDENT

ZANIMANJE

## DIJAGNOZA

DATUM OZLJEDE

DIJAGNOZA

PARAPLEGIJA

TETRAPLEGIJA

PARAPAREZA

TETRAPAREZA

UZROK OŠTEĆENJA

PROMET

OZLJEDA NA RADU

BOLEST

SPORT

SPINA BIFIDA

PAD

DRUGO:

### IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za ućlanjenje u udrugu izjavljujem:

- da su svi upisani podaci istiniti, toćni i potpuni;
- da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

i suglasan/na sam da se:

- moji osobni podaci koriste isključivo za potrebe Udruge sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka i prema Uredbi o zaštiti osobnih podataka GDPR 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016.
- svojim potpisom ujedno prihvaćam uvjete odredbe Statuta i Etićkog kodeksa Udruge te se obavezujem svaku promjenu podataka javiti SOZ-u.

\*Ova pristupnica ćuvati će se u Arhivi Udruge kao tehnića mjera zaštite vaćih podataka od gubitaka, neovlaćtenog pristupa, izmjene i korićštenja istima.

### ĆLANSTVO

NOVI ĆLAN

PROMJENA PODATAKA

U \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Potpis \_\_\_\_\_

Adresa: Vladimira Varićaka 20, 10010 Novi Zagreb - Slobošćina; Telefon: 01 36 48 582; E-Mail: info@soz.hr; www.soz.hr