

# POLSKIE STOWARZYSZENIE SPORTU PO TRANSPLANTACJI (PSST - skrót)- 38-440 Iwonicz – Zdrój, Al. Słoneczna 7

\_\_\_\_\_  
Nazwisko i imię

Nr członkowski

\_\_\_\_\_  
Adres

\*Po przeszczepie /\*dializowany/\*członek rodziny / \*osoba niespokrewniona /

Celem Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji jest:

1. Prowadzenie działalności w zakresie upowszechniania kultury fizycznej i sportu na rzecz jego członków poprzez popularyzację i rozwój psychofizyczny.
2. Organizowanie zajęć korekcyjno – rehabilitacyjnych dla członków z dysfunkcjami układu ruchu i nadwagą.
3. Reprezentowanie interesów sportu po transplantacji w organizacjach krajowych i międzynarodowych.
4. Popularyzacja świadomego oddawania narządów do przeszczepu.

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

przystąpienia do Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji w charakterze członka

Zgłaszam swoje przystąpienie do Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji w charakterze członka Stowarzyszenia Sportu. Oświadczam, że zapoznam się ze Statutem Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji i poddam się jego postanowieniom, jak również wszelkim prawnie podjętym uchwałom władz Stowarzyszenia Sportu.

Deklaruję również obowiązek regularnego płacenia składki członkowskiej w wysokości ustalonej przez Zarząd Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji. Zgodnie ze Statutem PSST niepłacenie składki przez 2 kolejne lata skutkuje skreśleniem z listy członków.

....., dnia.....

.....  
własnoręczny podpis

.....  
podpis rodziców lub prawnego opiekuna w przypadku członka niepełnoletnich

### Uwagi

1. **Roczną składkę członkowską w wysokości 50 zł.....** (od 1 stycznia 2010 r.) należy wpłacić na konto PSST - PKO BP S.A. O/Krosno

Nr konta **63 1020 2964 0000 6802 0051 5932**

1. Kontakt z Zarządem Głównym – e- mail: **sportpotransplantacji@op.pl**

Biuro: telefon/fax (13) 42 505 16, 665 151 665

Prezes: 697 222 129 tel. kom. Sekretarz: 721 930 630

## Kwestionariusz

Nazwisko.....

Imiona.....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia.....

Adres, telefon, fax, e-mail.....

.....

Zawód.....

Wykształcenie.....

Miejsce pracy lub nauki.....

.....

Przeszczepiony narząd: nerka, trzustka, wątroba, serce, płuca\*

Rok, msc, dzień przeszczepienia.....

Czy posiada Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS: tak, nie (załączyć ksero lub skan)

Stopień niepełnosprawności (jaki).....(załączyć ksero lub skan)

Ośrodek Transplantacyjny .....

.....

Poradnia Transplantacyjna, sprawująca opiekę nad pacjentem

.....

Uprawiane dyscypliny.....

.....

Przyjęto na członka Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji uchwałą Zarządu

Głównego Nr..... z dnia.....

.....  
podpis członka Zarządu

---

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji z siedzibą w Iwoniczu Zdroju, w celu szerzenia popularyzacji idei transplantacyjnej (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. O ochronie danych osobowych. ( Dz.U. z 2002 r. Nr 101, pozycja 926 z późn. zm.)

....., dnia.....

.....  
własnoręczny podpis

Wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie mojego wizerunku, głosu oraz wypowiedzi utrwalonych w związku z udziałem we wszelkich zebraniach i przedsięwzięciach Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji z siedzibą w Iwoniczu Zdroju, w celach dokumentacyjnych, informacyjnych i promocyjnych.

....., dnia.....

.....  
własnoręczny podpis

\*niepotrzebne skreślić