



**HELLENIC SOCIETY OF CROHN'S DISEASE'S AND ULCERATIVE COLITIS' PATIENTS
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΕΔΡΑ: Φυλής 232, Τ.Κ. 11252 ΑΘΗΝΑ - ΑΦΜ: 998830876 - ΔΟΥ: ΙΓ' Αθηνών
Ταχυδρομική Διεύθυνση: Τ.Θ. 80229, Τ.Κ. 18510 Πειραιάς
Τηλ.: 694 402 5788 - 690 760 5369 Ιστοσελίδα: www.crohnhellas.gr - E-Mail: info@crohnhellas.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Προς τον ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΕΛΛΑΔΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η αιτούμαι την εγγραφή μου ως μέλος του Συλλόγου Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Ελλάδας, αποδεχόμενος/η όλες τις υποχρεώσεις μου που αναφέρονται στο καταστατικό του οποίου έχω λάβει γνώση.

Όνομα: _____ Επώνυμο: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____ Τόπος γέννησης: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Νομός: _____ Δήμος ή κοινότητα: _____

Δημοτικό Διαμέρισμα ή οικισμός: _____

Οδός: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τηλέφωνο οικίας: _____ Κινητό: _____ E-mail: _____

Επιθυμώ να ενημερώνομαι για τις δράσεις του συλλόγου καθώς και για τα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου [] ή μέσω κινητού τηλεφώνου (SMS) []

Πάσχω από:

Νόσο του Crohn [] Ελκώδη κολίτιδα [] Καμία από τις δύο []

Εάν δεν πάσχετε ο/η ίδιος/α τότε επιλέξτε μία από τις ακόλουθες ιδιότητες:

Σύζυγος [] Συγγενής α' ή β' βαθμού [] Φίλος/η πάσχοντος []

Ιατρός [] Νοσηλεύτης/ρια [] Άλλο (προσδιορίστε) []

Αν είστε γονέας ανήλικου ασθενή και επιθυμείτε να εκδοθεί συμπληρωματική κάρτα μέλους στο όνομά του συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και την ημερομηνία γέννησής του:

Ονοματεπώνυμο: _____ Ημερομηνία γέννησης: _____

Αθήνα ___/___/20___,
(υπογραφή)

Ο Σύλλογος Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Ελλάδας εναρμονίζεται πλήρως με όλους του νόμους προστασίας προσωπικών δεδομένων και ιδιαίτερα με το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (ΓΚΠΠΔ-GDPR), δίνοντας μεγάλη προσοχή κατά τη συλλογή, επεξεργασία και προστασία των προσωπικών δεδομένων των χρηστών ή μελών του.
Υπογράφοντας την αίτηση αυτή, αποδέχομαι την κατοχή και διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τον ΓΚΠΠΔ-GDPR.

Ο/η αιτών/ούσα

Για την ολοκλήρωση της εγγραφής σας θα πρέπει να καταβάλετε αυτοπροσώπως ή μέσω τράπεζας το χρηματικό ποσό των δέκα (10) ευρώ που αντιστοιχεί στην ετήσια συνδρομή τακτικού μέλους* για το τρέχον ημερολογιακό έτος.

Στοιχεία λογαριασμού Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδας: 177/480035-42 (IBAN: GR18 0110 1770 0000 1774 8003 542)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Στην κατάθεση θα πρέπει απαραιτήτως να αναγράφεται το ονοματεπώνυμό σας ώστε στη συνέχεια με την προσκόμιση της πρωτότυπης απόδειξης της τράπεζας να εκδίδεται ονομαστική απόδειξη του συλλόγου.

* Υπόχρεοι στην καταβολή ετήσιας συνδρομής είναι όλα τα τακτικά μέλη, δηλαδή τα άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα καθώς και οι συγγενείς τους α' ή β' βαθμού.