



CENTER POT DO ZDRAVJA

Prijavni obrazec za članstvo

Prosimo, izpolnite obrazec v celoti s tiskanimi črkami:

Ime in priimek: _____ Rojen/a: _____

Spol: _____ Poklic: _____

Naslov: _____ Poštna št. in kraj _____

Tel.št.: _____ Elektronski naslov: _____

Podrobnosti ostalih programov osebne rasti, terapije ali meditacije, ki ste jih obiskovali ali vas zanimajo:

- Ali ste bili kdaj sprejeti v bolnišnico zaradi psihiatrične ali duševne obravnave? DA / NE
- Ali kadite? DA / NE
- Ali pijete? DA / NE
- Ali jemljete kakršnekoli droge ali mamila? DA / NE
- Prosimo vas, podajte informacije o vseh svojih fizičnih težavah, ne glede na to, kako nepomembne so:
- Ali želite, da vas obveščamo o naših aktivnostih po elektronski pošti? DA / NE

SOGLASJE ZA UPORABO OSEBNIH PODATKOV

Jaz, _____, izjavljam, da sem prebral in razumel vsebino **pravilnika članstva** in dajem dovoljenje za uporabo mojih osebnih informacij, vključno z mojim imenom, naslovom, elektronskim naslovom, kontaktno številko.

Zbrane podatke bomo obdelovali v skladu s slovensko in EU zakonodajo s področja varstva osebnih podatkov in vaši podatki ne bodo posredovani tretjim osebam brez vašega soglasja.

Podpisani(a) soglašam, da center Pot do zdravja uporablja in hrani moje osebne podatke, ki jih obdeluje za namen izvajanja aktivnosti in obveščanja o aktivnostih in dogodkih.

Uporabo podatkov, za katere ste podali soglasje, lahko kadarkoli prekličete na e-naslovu: info@potdozdravja.si.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____