

ПРИСТАПНИЦА
За членство во Здружение на дијабетичари ЗД МОСТ-Скопје

1. Име и презиме _____
2. Адреса _____ Општина _____
3. Година на раѓање _____
4. Комуникација
 - Телефон _____
 - E-mail _____
5. Година на регистрација на дијабетот _____
6. Тип на дијабетес: 1 2 друг тип
7. Начин на лекување
 - Таблети
 - Инсулин
 - Комбинирано
8. Економски статус
 - Вработен
 - Невработен
 - Останато _____
9. Образование _____
10. Потреба од советување НЕ ДА
 - Нутриционист
 - Лекар
 - Психолог
 - Фармацевт
11. Заокружете кој од наведените ризици, придружни заболувања или компликации од дијабетесот се однесуваат на Вас (може да се заокружат повеќе одговори)
 - Висок крвен притисок
 - Зголемена телесна тежина
 - Пушач
 - Физички неактивен/а
 - Исхрана која е преобилна или изобилува со шеќери и/или масти
 - Болест на крвните садови на срцето (инфаркт, ангина пекторис)
 - Болест на крвните садови во мозокот (мозочен удар и слично)
 - Болест на крвните садови на очите (ретинопатија)
 - Болест на бубрезите (дијабетична нефропатија, дијализа и сл.)
 - Болест на нервите (дијабетична невропатија)
12. Дали сакате да се зачлените во Здружението на дијабетичари ЗД МОСТ - Скопје
 - ДА
 - НЕ

Со оваа пристапница изразувам желба за пристапување во редовно членство во Здружение на дијабетичари ЗД МОСТ - Скопје. Со потпишување на истата, изјавувам дека во целост го прифаќам и одобрувам Статутот и целите на Здружението и се обврзувам дека ќе ја плаќам годишната членарина.

Потпис, место и датум на поднесување _____

Согласно член 11 од Законот за заштита на лични податоци се дава следната:

СОГЛАСНОСТ

Јас _____ се согласувам моите лични податоци наведени во пристапната изјава, да се обработуваат и користат од страна на Здружението на дијабетичари ЗД Мост од Скопје, заради остварување на моите права и интереси како член на здружението.

Се согласувам да бидам контактиран на следниот телефонски број _____ и/или на следната е-маил адреса _____, за активности на здружението, за информации за дијабетесот, социјални и здравствени услуги, за поврзување со други семејства и пациенти и други информации поврзани со дијабетесот кои се од интерес за пациенти и семејства со дијабетес.

Информиран/а сум дека имам право на пристап, исправка и бришење на моите лични податоци и истите ќе бидат избришани по мое барање (исписница), а писмената документација ќе биде уништена во тек на 6 месеци од денот на испишување, во друг случај имам право да поднесам жалба до Агенцијата за заштита на лични податоци.

Датум и место _____

Изјавил _____