

**ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΜΕΛΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ**

 \*Η ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΤΩΝ €10 ΕΙΝΑΙ ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΙ ΙΣΧΥΕΙ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ 31<sup>η</sup> ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ ΕΚΑΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ			
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΙΘΕΤΟ:	
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:		ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΜΕΛΟΥΣ (ΒΑΛΤΕ <input checked="" type="checkbox"/> ΣΕ ΟΤΙ ΙΣΧΥΕΙ)			
<input type="checkbox"/> ΦΙΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ		<input type="checkbox"/> ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ	
<input type="checkbox"/> ΓΟΝΕΑΣ	<input type="checkbox"/> ΣΥΓΓΕΝΗΣ	<input type="checkbox"/> ΠΑΣΧΟΝΤΑΣ	Τακτικό μέλος μπορεί να εγγραφεί Φίλος Σωματείου ο οποίος είναι ενεργό μέλος για 2 συνεχόμενα χρόνια και τέτοια μέλη έχουν το δικαίωμα να ψηφίζουν στις Γενικές Συνελεύσεις και να ψηφίζονται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Σωματείου.
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:		ΕΠΑΡΧΙΑ:	
		Τ.Κ.:	
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:		E-MAIL:	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:			
ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΤΡΟΠΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:			
<input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> ΤΗΛ	<input type="checkbox"/> E-MAIL	<input type="checkbox"/> VIBER
**Σε περίπτωση ανηλίκων παιδιών με διαβήτη, οι γονείς/κηδεμόνας συμπληρώνουν και υπογράφουν το έντυπο δίδοντας τα στοιχεία του παιδιού πιο κάτω για λόγους ενημέρωσης μητρώου, καθώς και τα δικά τους στοιχεία και συγκατάθεση για επικοινωνία.			
<b>***ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΟΝΕΑ ΜΕ ΑΝΗΛΙΚΟ ΠΑΙΔΙ ΔΤ1 Η΄ ΠΑΣΧΟΝΤΑ ΔΤ1</b>			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:			ΗΛΙΚΙΑ:
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:		ΗΜΕΡ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ:	
ΤΥΠΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗ:		ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ;	
<input type="checkbox"/> Τ1	<input type="checkbox"/> Τ2	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΤΡΟΠΟ ΡΥΘΜΙΣΗΣ:			
<input type="checkbox"/> ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	<input type="checkbox"/> ΑΝΤΛΙΑ	<input type="checkbox"/> ΔΙΑΤΡΟΦΗ Η΄ ΧΑΠΙΑ	
ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΤΡΟΠΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ:			
<input type="checkbox"/> ΑΝΕΠΑΦΟΣ ΑΙΣΘΗΤΗΡΑΣ	<input type="checkbox"/> ΑΝΤΛΙΑ	<input type="checkbox"/> ΤΡΥΠΗΜΑ ΣΤΑ ΔΑΧΤΥΛΑ	
ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΙΣΘΗΤΗΡΑ Η ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΜΟΝΤΕΛΟ :			
_____			

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και αναλαμβάνω να ενημερώσω άμεσα το Σωματείο εάν προκύψει οποιαδήποτε αλλαγή.

Με τη παρούσα δηλώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το καταστατικό του Σωματείου το οποίο είναι αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Σωματείου [www.beyondtype1cy.org](http://www.beyondtype1cy.org) και έχω συμπληρώσει και υπογράψει το έντυπο Συγκατάθεσης διαχείρισης προσωπικών δεδομένων.

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ:**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**

-----

-----

<b>*ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ</b>	
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ:	
<input type="checkbox"/> ΝΕΟ ΜΕΛΟΣ	<input type="checkbox"/> ΑΝΑΝΕΩΣΗ
ΕΓΓΡΑΦΗ/ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΜΕΛΟΥΣ : <b>€10 ΕΤΗΣΙΩΣ</b> ΑΡ. ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ: _____	
<input type="checkbox"/> BANK TRANSFER	<input type="checkbox"/> ΜΕΤΡΗΤΑ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΝΕΟΥ ΜΕΛΟΥΣ:	

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

**ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ  
ΚΑΙ ΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΓΟΝΕΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1  
“Beyond Diabetes Type 1 Cyprus”**

Το Σωματείο “Beyond Diabetes Type 1 Cyprus” με αριθμό μητρώου ΛΕΜ | Σ | 181 σας διαβεβαιώνει ότι για την αρχειοθέτηση των στοιχείων σας τηρούνται όλα όσα προβλέπει ο Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για την Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΕΕ) 2016/679 και την ισχύουσα εσωτερική νομοθεσία.

Ο/η \_\_\_\_\_ (ονοματεπώνυμο) έχω ενημερωθεί για τον Κανονισμό του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για την Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΕΕ) 2016/679 και δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και με πλήρη επίγνωση συγκατάθεση μου στο Σωματείο “Beyond Diabetes Type 1 Cyprus” για επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου με στόχο:

- Την νόμιμη επικοινωνία σχετικά με τις ενέργειες και τις δράσεις του Σωματείου
- Τη λήψη ενημερώσεων που αφορούν θέματα όπως εκδηλώσεις ή/και δραστηριότητες του Σωματείου, αλλά και για άλλες ανακοινώσεις ή ενημερωτικά έντυπα.
- Οι ενημερώσεις θα γίνονται είτε μέσω μηνυμάτων SMS ή Viber ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή τηλεφωνικών κλήσεων στο αριθμό επικοινωνίας που εγώ θα υποδείξω. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων θα γίνεται με τη συλλογή και τήρηση σε ηλεκτρονικό ή μη, αρχείο.
- Με στόχο την επίτευξη όλων των νόμιμων σκοπών του Σωματείου που αναγράφονται στο αντίστοιχο μέρος του Καταστατικού του Σωματείου.

Επιπλέον, υπό την ιδιότητα μου ως γονέας/κηδεμόνας του παιδιού μου, δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και με πλήρη επίγνωση συγκατάθεση μου στο Σωματείο “Beyond Diabetes Type 1 Cyprus” για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων που αφορούν ιατρικό ιστορικό και θέματα υγείας του παιδιού μου, για όλους τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχω ενημερωθεί και κατανοώ ότι:

1. Ο υπεύθυνος επεξεργασίας είναι το Σωματείο: “Beyond Diabetes Type 1 Cyprus”

2. Τα προσωπικά μου δεδομένα ή και του παιδιού μου αν ισχύει, καταχωρούνται (επίθετο, όνομα, ηλικία εάν χρειαστεί, ταχυδρομική διεύθυνση, ηλεκτρονική διεύθυνση, κινητό τηλέφωνο κτλ) αποκλειστικά για το αρχείο του Σωματείου και η επεξεργασία γίνεται από τα εξουσιοδοτημένα μέλη του διοικητικού συμβουλίου.

3. Το Σωματείο: “Beyond Diabetes Type 1 Cyprus” δεσμεύεται ότι δεν θα διαβιβάσει ούτε θα αποκαλύψει δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σε οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο χωρίς την εκ των προτέρων ενημέρωση ή/και συγκατάθεσή μου, πάντα στο πλαίσιο των νόμιμων δραστηριοτήτων του Σωματείου.

4. Η επεξεργασία των δεδομένων από το Σωματείο “Beyond Diabetes Type 1 Cyprus” διαρκεί για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται από το σκοπό της επεξεργασίας μέχρι την ανάκληση της συγκατάθεσής μου. Με την ανάκληση της συγκατάθεσής μου τα στοιχεία μου διαγράφονται.

5. Έχω επίσης ενημερωθεί για το δικαίωμα άσκησης των παρακάτω δικαιωμάτων μου:

- Δικαίωμα πρόσβασης στα προσωπικά μου δεδομένα που τηρεί, διαθέτει και επεξεργάζεται το Σωματείο “Beyond Diabetes Type 1 Cyprus”
- Δικαίωμα διόρθωσης ή επικαιροποίησης οποιασδήποτε ανακρίβειας αναφορικά με τα προσωπικά μου δεδομένα (π.χ. αλλαγή ταχυδρομικής ή ηλεκτρονικής διεύθυνσης ή αριθμού τηλεφώνου).
- Δικαίωμα διαγραφής των δεδομένων μου από τον κατάλογο ενημέρωσης, εφόσον η συγκατάθεση ανακληθεί βάσει γραπτού αιτήματος στο Σωματείο “Beyond Diabetes Type 1 Cyprus”.
- Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων μου.
- Δικαίωμα στον περιορισμό της επεξεργασίας.

Όλα τα αιτήματα σχετικά με τα παραπάνω δικαιώματα θα εξετάζονται εγκαίρως, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και τους κανονισμούς.

Σημείωση: Εάν επιθυμείτε να εξασκήσετε οποιοδήποτε από τα ανωτέρω δικαιώματά σας μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Σωματείο: “Beyond Diabetes Type 1 Cyprus” στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [beyondtype1.cyprus@gmail.com](mailto:beyondtype1.cyprus@gmail.com)

Μπορείτε να ανακαλέσετε την παρούσα συγκατάθεση σας ανά πάσα στιγμή στέλνοντας σχετικό αίτημα στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Σωματείου [beyondtype1.cyprus@gmail.com](mailto:beyondtype1.cyprus@gmail.com).

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

-----

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

-----