



OBRAZEC ZA VČLANITEV V SVET USTANOVE MALI VITEZ

(izpolnjen obrazec pošljite na: [Ustanova Mali vitez, Zarnikova ulica 3, 1000 Ljubljana](mailto:info@ustanova-malivitez.si)

ali na e-naslov Ustanove Mali vitez: info@ustanova-malivitez.si)

Ime in priimek: _____ (obvezno)

Rojstni datum: _____ (obvezno) Spol: M / Ž (obvezno)

Prosim, obkrožite:

1. Sem se zdravil zaradi raka v otroštvu
2. Moj otrok se je zdravil zaradi raka v otroštvu
3. Drugo, prosim, napišite _____

Stalno prebivališče (obvezno):

Izobrazba: _____ Poklic: _____

Dodatna znanja:

Začasno prebivališče ali naslov, na katerem ste dosegljivi in dvigujete pošto (v primeru, da se ta razlikuje od stalnega prebivališča):

Kontakt za obveščanje (dobrodošlo je, da navedete vsaj enega izmed spodaj navedenih kontaktov)

Elektronska pošta: _____

Telefonska številka: _____

Želim prejemati aktualne novice (ustrezno obkroži): DA / NE

S podpisom in oddajo pisnega obrazca sprejemam usmeritev in pravila Ustanove Mali vitez ter se obvezujem, da bom o spremembah posredovanih osebnih podatkov pravočasno obvestil/a pooblaščenega predstavnika Sveta Ustanove Mali vitez.

Zbrane osebne podatke bomo uporabili izključno za potrebe delovanja Ustanove Mali vitez (obveščanje članov o dejavnostih ipd.). Osebne podatke bomo obdelovali in varovali v skladu z veljavno pravno ureditvijo.

DATUM: _____

PODPIS: _____