



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

TURNUS REHABILITACYJNY DLA KOBIET PO MASTEKTOMII

(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Dane Beneficjenta:

IMIĘ I NAZWISKO:
ADRES:
WOJEWÓDZTWO / POWIAT:
PESEL:
TELEFON KONTAKTOWY*:
E-MAIL*:

* Nie wypełnienie pola kontaktowego we wniosku skutkuje odrzuceniem wniosku z powodu braku możliwości kontaktu z wnioskodawcą.

2. Krótka historia choroby (tj. od kiedy istnieje niepełnosprawność, rodzaj amputacji, występowanie implantów, rodzaj stosowanego leczenia onkologicznego, etc.)

Leczenie operacyjne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Zastosowanie implantu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Usunięcie węzłów chłonnych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Leczenie onkologiczne	<input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia
Choroby współistniejące:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie W przypadku wyboru odpowiedzi Tak proszę wypisać jakie choroby występują:
Czy korzystała Pani ze wsparcia psychologicznego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy przebywa Pani pod opieką lekarzy specjalistów? Jeśli tak, to jakich?(proszę wymienić specjalizację)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy wystąpił obrzęk limfatyczny lub czy występuje od przebytej operacji ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

	<p>Jeśli tak, czy zostało zastosowane leczenie przeciwobrzękowe?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jaki rodzaj?</p>
<p>Czy występują inne problemy zdrowotne?</p>	<p><input type="checkbox"/> Bóle szyi <input type="checkbox"/> Bóle kręgosłupa <input type="checkbox"/> Poliurenopatia <input type="checkbox"/> Inne?</p> <p>W przypadku wyboru odpowiedzi Inne proszę wypisać jakie dolegliwości występują:</p>

3. Data operacji:

4. W czym pomoże Pani wsparcie udzielone w ramach realizacji projektu (np. plany zawodowe, rozwój sportowy, udział w zawodach sportowych, realizacja marzeń itp.):

5. Skąd dowiedzieliście się o możliwości złożenia wniosku do Fundacji?

- z mediów społecznościowych (np. Facebook)
- z portalu internetowego
- z radia
- z telewizji
- od znajomego
- od pracowników Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu
- od pracownika ośrodka społecznego (jakiego?).....
- inne, jakie?.....

.....
(data i podpis składającego wniosek)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia i historii choroby, podanych w Formularzu zgłoszeniowym przez:

Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu, z siedzibą w Krakowie (30-408), ul. Odrzańska 13 / 2, KRS 0000749510,

w celu i w zakresie niezbędnym do otrzymania wsparcia, a następnie w celu możliwości zorganizowania przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu zajęć rehabilitacyjnych, możliwości udzielania pomocy psychologicznej lub korzystania z konsultacji medycznych u specjalistów Fundacji z dziedzin podologii, fizjoterapii.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/y, że w przypadku otrzymania wsparcia, moje dane osobowe będą przekazywane osobom i podmiotom trzecim, czyli Fundacji Poland Business Run, potencjalnym darczyńcom, sponsorom, mediom, podmiotom leczniczym w celach: informacyjnych, promocji i marketingu wydarzenia, realizacji pomocy wskazanej w formularzu zgłoszeniowym.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem.

Oświadczam, że zapoznałam się z postanowieniami *Regulaminu udzielania wsparcia w ramach turnusu dla kobiet po mastektomii* i zobowiązuje się do jego stosowania.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykorzystanie wizerunku

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie i rozpowszechnianie zdjęć i materiałów audiowizualnych przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu oraz Fundację Poland Business Run zawierających mój wizerunek na polach eksploatacji obejmujących:

- 1) utrwalanie i zwielokrotnianie techniką zapisu magnetycznego oraz cyfrową,
- 2) wprowadzanie do pamięci komputera i sieci informatycznych,
- 3) rozpowszechnianie wizerunku – wyświetlanie, odtwarzanie, a także publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym, w tym poprzez systemy informatyczne.

w następujących mediach: w Internecie (w tym na stronie www. Fundacji, na fanpage'u Facebook, itp.), prasie, telewizji.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mój wizerunek będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celach informacyjnych, promocyjnych i marketingowych, w ramach działań realizowanych przez Fundację.

Oświadczenie moje ważne jest do momentu wycofania zgody, jednakże wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Jednocześnie oświadczam, że posiadam prawa autorskie majątkowe do przekazanych zdjęć i nie będę wnosił roszczeń w sprawach autorstwa.

.....
(data i podpis składającego wniosek)