



.....
(miejsowość i data)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

MEET THE PINK – Turnus rehabilitacyjno-edukacyjny dla kobiet po mastektomii

Kraków, 2-5.10.2024 r.

(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Dane Beneficjenta:

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

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

2. Informacje o stanie zdrowia:

Leczenie operacyjne	€ Tak € Nie
Zastosowanie implantu	€ Tak

	<p>€ Nie</p>
Usunięcie węzłów chłonnych	<p>€ Tak - ile?</p> <p>€ Nie</p>
Leczenie onkologiczne	<p>€ Chemioterapia</p> <p>€ Radioterapia</p> <p>€ Immunoterapia</p> <p>€ hormonoterapia</p>
Choroby współistniejące:	<p>€ Tak</p> <p>€ Nie</p> <p>W przypadku wyboru odpowiedzi Tak, proszę wypisać, jakie choroby występują:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Czy korzystała Pani ze wsparcia psychologicznego?	<p>€ Tak</p> <p>€ Nie</p>
Czy przebywa Pani pod opieką lekarzy specjalistów?	<p>€ Tak</p> <p>€ Nie</p> <p>W przypadku wyboru odpowiedzi Tak, proszę wymienić specjalizacje lekarzy:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Czy wystąpił obrzęk limfatyczny lub czy występuje od przebytej operacji ?	<p>€ Tak</p> <p>€ Nie</p> <p>Jeśli Tak, czy zostało zastosowane leczenie przeciwobrzękowe?</p> <p>€ Nie</p>

	<p>€ Tak</p> <p>Jaki rodzaj?</p> <p>.....</p>
W którym miejscu lokalizuje się obrzęk?	<p>€ okolice blizny</p> <p>€ okolice łopatki</p> <p>€ okolica pachy</p> <p>€ ramię</p> <p>€ przedramię</p> <p>€ dłoń</p>
Czy stwierdza Pani obniżenie sprawności ręki po stronie operowanej podczas codziennych czynności?	<p>€ Tak</p> <p>€ Nie</p>
Czy występują inne problemy zdrowotne?	<p>€ Bóle szyi</p> <p>€ Bóle kręgosłupa</p> <p>€ Polineuropatia</p> <p>€ Inne?</p> <p>W przypadku wyboru odpowiedzi Inne, proszę wpisać, jakie dolegliwości występują:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

3. Opisz krótko historię leczenia:

4. W czym pomoże Ci wsparcie Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu (np. plany zawodowe, rozwój sportowy, udział w zawodach sportowych, realizacja marzeń itp.):

Oświadczam, że wszystkie powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że ponoszę pełną odpowiedzialność w przypadku zatajenia istotnych informacji medycznych.

.....
(data i podpis osoby składającej 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.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), że w przypadku otrzymania wsparcia, moje dane osobowe będą przekazywane osobom i podmiotom trzecim, potencjalnym darczyńcom, sponsorom, mediom, podmiotom leczniczym w celach: informacyjnych, promocji i marketingu wydarzenia, realizacji pomocy wskazanej w formularzu zgłoszeniowym, przez organizację finansującą turnus rehabilitacyjny:

Fundację Poland Business Run z siedzibą w Krakowie (31-137) przy ul Siemiradzkiego 17/2, posiadająca REGON: 364424465, NIP: 6762507232, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000617320, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy KRS, tel. 123957811, e-mail: biuro@polandbusinessrun.pl

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

Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z postanowieniami *Regulaminu udziału w MEET THE PINK 2024*.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wizerunku, w celu udostępniania zdjęć i materiałów audio-wideo, w ramach działalności promocyjnej, informacyjnej oraz marketingowej **Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu oraz Fundacji Poland Business Run**. **Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana.**

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

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym, wynikającym z art. 13 RODO, udostępnionym mi przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu.

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

Załączniki do wniosku:

(proszę zaznaczyć)

<input type="checkbox"/>	Dokumentacja medyczna poświadczająca przebycie mastektomii*
<input type="checkbox"/>	Inne (jakie?

***wymagane do rozpatrzenia formularza**