

**Cerere înscriere A.P.A.A.**  
nr. .... din .....

**Nume:**

**Prenume:**

**Data nașterii și locul nașterii (zi/lună/an):**

**Sexul:**

Feminin

Masculin

**Domiciliul (Localitate/Județ/Sector/Strada/Nr., Bl., Ap.):**

.....  
.....  
.....

**Telefon (nu este obligatoriu, însă ne ajută să comunicăm mai ușor):**

Fix:

Mobil:

**E-mail:**

**Ocupația (nu este obligatoriu):**

**Sunteți:**

Pacient

Părinte al unui pacient

Prieten al unui pacient

Medic

Altele

**Diagnostic (pentru mai multe afecțiuni folosiți / ex: lupus/psoriazis) :**

**Anul stabilirii diagnosticului:**

**Aveți rude afectate de aceeași boală? DA**

**NU**

**Dacă da, vă rugăm exemplificați (mama, tata, fratele, sora, vărul, nepotul, etc):**

Faceți parte dintr-o asociație de pacienți?      DA       NU

Dacă da, vă rugăm specificați:

Cum ați aflat de A.P.A.A.:

- de la medicul de familie/medicul specialist
- din media
- de pe internet
- am primit broșura/am vizualizat poster

- altele, vă rugăm precizați

Doriți să deveniți membru A.P.A.A.?      DA       NU

Ce așteptări aveți de la A.P.A.A. ?

.....

.....

.....

**Mă înscriu în numele unui pacient/reprezint un pacient (in cazul pacientilor minori):**

Numele și prenumele pacientului:

Tipul de relație/gradul de rudenie:

Data nașterii pacientului:

**Doresc să fiu informat despre activitatea A.P.A.A. și să primesc materiale de reclamă și publicitate.**

Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune - A.P.A.A., în calitate de operator autorizat, prelucrează datele cu caracter personal furnizate de Dumneavoastră cu ocazia completării formularului de înscriere, în scopuri de reclamă și publicitate, această prelucrare fiind înscrisă în registrul de evidență a prelucrărilor de date cu caracter personal la numărul 18504.

Datele privind: telefon/fax, adresa, e-mail ne permit să vă ținem la curent cu activitatea noastră. În cazul în care nu doriți aceasta, vă rugăm să bifați NU. Conform Legii nr. 677/2001, beneficiați de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor, dreptul de a vă opune în orice moment ca datele care vă vizează să facă obiectul unei prelucrări în scop de marketing direct sau să fie dezvăluite unor terți într-un asemenea scop. Pentru exercitarea acestor drepturi, vă puteți adresa cu o cerere scrisă, datată și semnată la Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune - A.P.A.A. la adresa de email office@gmail.com sau Str. Ioniță Cegan nr. 3, bl. P27, parter, ap. 1, sector 5, București.

**Semnătura**

.....

**Data**

.....