

Сдружение „Българска асоциация по хемофилия“

Дата:

До Председателя на УС на
Сдружение „Българска асоциация по хемофилия“
Гр. София

Заявление за членство

Лични данни на заявителя

Име, презиме и фамилия по лична карта	
ЕГН	

Данни за контакт на заявителя

Адрес: (жк, ул., бл. №, вх., ет. ап.)	
Град/ п.код	
Телефони за контакт	
E-Mail Address	

Г-н Председател на УС,

Желая да бъда приет(а) за член на сдружение „Българска асоциация по хемофилия“, като заявявам, че приемам и съм съгласен(а) с целите и задачите, както и със задълженията, упоменати в устава на Сдружението.

Декларирам също така че:

1. Като член на сдружение „Българска асоциация по хемофилия“, нося изцяло отговорността за своите действия и бездействия и ако с мое действие или бездействие нанеса какъвто и да е вид щета, сдружението не носи никаква отговорност, дори инцидента да се е случил по време на организирано от Асоциацията събитие;

2. Не изтърпявам съдебно наказание и не изповядвам забранени от закона политически идеи или вяра;

3. Не съм запознат да съществуват законови пречки да стана член на сдружение „Българска асоциация по хемофилия“;

4. Съм запознат с и приемам устава на сдружение „Българска асоциация по хемофилия“;

5. Съм съгласен сдружение „Българска асоциация по хемофилия“ (БАХ) да съхранява личните ми данни.

Други данни

Участвате ли в дейностите на други неправителствени организации?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Ако е ДА, Моля да изброите кои и каква е сферата им на дейност.	
Болен от хемофилия или друга коагулопатия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Ако е ДА, Моля да посочите вида коагулопатията	Дефицит на фактор Фон Вилебранд <input type="checkbox"/>
Близък на болен от хемофилия или друга коагулопатия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Ако е ДА, Моля да уточните:	Дете <input type="checkbox"/> Съпруг/съпруга <input type="checkbox"/> Близък/роднина/попечител <input type="checkbox"/> Лице грижещо се да болен <input type="checkbox"/>
Ако е ДА, Моля да посочите вида коагулопатията	Дефицит на фактор Фон Вилебранд <input type="checkbox"/>
Друг:	Работещ в здравеопазването <input type="checkbox"/> Доброволец <input type="checkbox"/> Съпричастен <input type="checkbox"/>

Сдружение „Българска асоциация по хемофилия“

Доброволно и безвъзмездно участие в дейности на сдружение „Българска асоциация по хемофилия“

да не

Кои периоди от седмицата са по-удобни за Вас, за участие в дейности на БАХ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> в работни дни, до обяд | <input type="checkbox"/> през уикенда, до обяд |
| <input type="checkbox"/> в работни дни, през деня | <input type="checkbox"/> през уикенда, през деня |
| <input type="checkbox"/> в работни дни, вечер | <input type="checkbox"/> през уикенда, вечер |

В кои области от работата на БАХ, бихте искали да се включите?

(може да маркирате повече от една област)

- Експертна дейност (Участие в комисии, срещи, работни групи, подготовка на документи, анализи и всичко друго свързано целите на Сдружението);
- Администрация на Сдружението (водене документацията на Сдружението, лица за контакт, разпределяне на пощата, контакти с институциите, поддържане на архива, представляване на регионално ниво и др.);
- Финансова дейност на Сдружението (водене на каса и сметките на Сдружението, счетоводство и др.);
- Юридическа консултация и юридическа дейност;
- Подготовка на документи и преводи (набиране, редактиране на текстове и др.);
- Подготовка на мероприятия (лагери, спортни прояви, протести, събрания, семинари, кръгли маси, пресконференции и др.);
- Събиране на средства (разговори с донорски организации, НПО, групи и частни лица, желаещи да се включат със средства; подготовка на проекти и друга документация за осигуряването на финансирането на различни инициативи);
- Работа с медии (събиране на информация от медиите, подготовка на прес-съобщения, медийни стратегии, връзки с медиите, подготовка на интервюта, материали за медиите и т.н.);
- Социологически проучвания и анализи;
- Подготовка на брошури и други графични документи, интернет страница и др.;
- Поддръжка на интернет страницата на Сдружението;
- Координация на дейностите в градовете;
- Друго, моля уточнете: _____.

Умения и квалификации

Моля уточнете, своите умения и квалификации, свързани с професионален опит, работа по проекти и други организации.

--

Съгласие и подпис

Като подписвам това заявление, потвърждавам, че данните са предоставени доброволно на БАХ и информацията е вярна и пълна. Задължавам се при промяна в данните си да информирам БАХ своевременно.

С подписа си удостоверявам, че приемам правилата и задълженията, свързани с членството в БАХ упоменати в устава му. Декларирам, че с действията си ще се старая да подпомагам постигането на целите на БАХ, както и че няма да предприемам действия уронващи авторитета на БАХ или накърняващи правата на останалите му членове.

Имена (изтисани на ръка)	
Подпис	
Дата	

Одобрено / Не одобрено , Решение на УС проведено на от година

Председател на УС на Сдружение „Българска асоциация по хемофилия“	
Имена	
Подпис	
Дата	