



## SPREMEMBA OSEBNIH PODATKOV ZA NAMEN VODENJA EVIDENCE ČLANSTVA IN OBVEŠČANJA ČLANOV

**Spoštovani/-a član/-ica,**

**v Zbornici – Zvezi želimo posodobiti osebne podatke, ki jih vodimo. Vljudno vas prosimo za sodelovanje in se vam za izpolnjen obrazec že vnaprej lepo zahvaljujemo.**

### OSEBNI PODATKI ČLANA/-ICE:

Članska št.: \_\_\_\_\_

Priimek in ime: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Telefon / gsm: \_\_\_\_\_

E-pošta: \_\_\_\_\_

### Stalno bivališče:

Naslov: \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_

Pošta: \_\_\_\_\_

Država: \_\_\_\_\_

### Začasno bivališče:

Naslov: \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_

Pošta: \_\_\_\_\_

Država: \_\_\_\_\_

### PODATKI O TRENUTNI ZAPOSLOTI/STATUS:

Zaposlen/a v/pri (navedite polni naziv):  
\_\_\_\_\_

Delovno mesto  
(oddelek): \_\_\_\_\_

Upokojen/ ka (navedite leto upokojitve):  
\_\_\_\_\_

Porodniški dopust (navedite datum začetka porodniškega dopusta):  
\_\_\_\_\_

### PODATKI O PRIDOBLENI IZOBRAZBI (ustrezno obkrožite):

bolničar negovalec    SMS/ ZT/ TZN    viš. med. ses. / viš. med. teh.    dipl .m. s / dipl. zn.    dipl. bab.    mag.  
zdr. neg.

Drugo: \_\_\_\_\_

### ČLANSTVO V ZBORNICI – ZVEZI IN V STROKOVNEM DRUŠTVU (ustrezno obkrožite)

1. DMSBZT Celje
2. DMSBZT Gorenjske
3. DMSBZT Koper
4. DMSBZT Ljubljana

5. DMSBZT Maribor
6. DMSBZT Nova Gorica
7. DMSBZT Novo Mesto
8. DMSBZT Pomurje

9. DMSBZT Ptuj-Ormož
10. DMSBZT Koroške
11. DMSBZT Velenje

## NAČIN PLAČEVANJA ČLANARINE (ustrezno obkrožite):

Mesečna članarina znaša 0,6% od bruto osebnega dohodka in jo lahko plačujete na dva načina:

1. Mesečno članarino si zaračunavate sami, ker nimamo vpogleda v vaš osebni dohodek. Podatke o plačilu vam posredujemo ob vpisu.
2. V delovno organizacijo, kjer ste zaposleni, pošljemo dopis in tam pri obračunu vašega osebnega dohodka obračunajo znesek članarine in nam jo nakažejo.

Plačevanje članarine preko položnic ni mogoče, zaradi spremenljivega mesečnega zneska članarine. Izjema so študentje in upokojeni, ki imajo stalen znesek letne članarine.

### Pomembno obvestilo!

Prosimo vas, da **podate dovoljenje tudi za spremembo podatkov**, ki se vodijo v **Registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege**.

V skladu z določili Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege (Uradni list RS, št. 3/16 in 62/16) je **izvajalec dolžan** o vsaki spremembi podatkov, ki se vodijo v registru obvestiti Zbornico – Zvezi v roku 30 dneh po nastopu spremembe.

Dovoljujem, da se sprememba podatkov zavede v Registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege

### Izjavljam, da so navedeni podatki v pristopni izjavi za članstvo v Zbornici - Zvezi resnični, točni in popolni.

S podpisom obrazca za spremembo osebnih podatkov ostanem član/ica Zbornice – Zveze ter regijskega strokovnega društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (RSD) in sprejemam pravice ter obveznosti, kot izhajajo iz Zakona o društvih (Uradni list RS, št. 64/11 – uradno prečiščeno besedilo in 21/18 – ZNOrg) in statuta ter drugih aktov Zbornice – Zveze in RSD. Izrecno soglašam, da Zbornica – Zveza ter RSD obdelujeta moje osebne podatke v skladu z veljavnim zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov in uredbo GDPR, ter internimi akti Zbornice – Zveze ter RSD, in sicer za vse potrebe, ki izhajajo iz naslova članstva, vodenje evidence članstva, obveščanje o dejavnostih Zbornice – Zveze in RSD, o aktualnih vprašanjih na področju zdravstvene in babiške nege ter izobraževanjih in seminarjih s področja zdravstvene in babiške nege ter vodenje evidence strokovnih izobraževanj in izpopolnjevanj članov.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_