

رجاءً اذكر المنطقة السكنية التي تعيش بها بمقاطعة ديفون:

- ديفون: الشرق إكسبتر الوسط الشمال الغرب
 كورنوال سومرست دورست

رجاءً ضع علامة هنا إذا كنت لا تفضل تلقي أخبارنا الخاصة بجمع التبرعات من أن لآخر.

هل تنتمي إلى إحدى المنظمات أو المجموعات التي قد ترغب في معرفة المزيد من المعلومات؟ في هذه الحالة، رجاءً اذكر اسم المجموعة وأي بيانات اتصال خاصة بها:

باعتبارك عضواً، هل ترغب في:

- تلقي الرسائل الإخبارية/المعلومات بانتظام
 حضور اجتماعات أو مناسبات
 التطوع في الأمانة
 الانضمام إلى مجموعات التركيز المتصلة بمجال اهتمامك
 الترشح لانتخابات النواب (إذا تم ترشيحك)
 شغل منصب مدير غير تنفيذي (إذا تم ترشيحك)

الانتماء العرقي: تساعد هذه المعلومات على ضمان تمثيل أعضائنا لمجتمعنا.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> عرق أسود آخر | <input type="checkbox"/> بريطاني أبيض |
| <input type="checkbox"/> هندي | <input type="checkbox"/> أيرلندي أبيض |
| <input type="checkbox"/> باكستاني | <input type="checkbox"/> أبيض من عرق آخر |
| <input type="checkbox"/> بنغالي | <input type="checkbox"/> كاريبي أبيض أو أسود |
| <input type="checkbox"/> صيني | <input type="checkbox"/> إفريقي أبيض أو أسود |
| <input type="checkbox"/> عرق آسيوي آخر | <input type="checkbox"/> أبيض وآسيوي |
| <input type="checkbox"/> مجموعة عرقية أخرى | <input type="checkbox"/> عرق مختلط آخر |
| | <input type="checkbox"/> إفريقي أسود |
| | <input type="checkbox"/> كاريبي أسود |

يجب على أمانة مؤسسة خدمة الصحة الوطنية الاحتفاظ بسجل عام للأعضاء. إذا كنت لا ترغب في ظهور اسمك في السجل العام، رجاءً ضع علامة هنا .

سيتم حفظ هذه المعلومات واستخدامها وفقاً لقانون حماية البيانات لعام 1998. سيتم استخدام المعلومات المقدمة فقط من قِبَل أمانة مؤسسة خدمة الصحة الوطنية من أجل توثيق عضوية أمانة مؤسسة خدمة الصحة الوطنية.

التوقيع: التاريخ:

الرجاء ملاحظة أن موظفي أمانة مؤسسة خدمة الصحة العامة يُعدّون أعضاءً بشكل تلقائي وليس من الضروري بالنسبة لهم استكمال هذا النموذج.