

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Stowarzyszenia Absolwentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (SAUMP)

Proszę o wpisanie mnie do rejestru członków zwyczajnych Stowarzyszenia Absolwentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Statutu oraz realizacji ustalonych świadczeń finansowych (składek członkowskich).

- Imię i nazwisko:
- Rok ukończenia studiów:
- Wydział i kierunek:
- Aktualne miejsce pracy i zajmowane stanowisko:
.....
.....
- Adres zamieszkania (lub wskazany do przesyłania korespondencji):
.....
.....
- Adres e-mail:

.....
Data

.....
Podpis

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie działalności statutowej SAUMP oraz wysyłki korespondencji związanej z działalnością Stowarzyszenia.

przez Stowarzyszenie Absolwentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

.....
data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę*

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości na adres naszego Stowarzyszenia spod adresu, którego zgoda dotyczy.

* Jeżeli zgoda wyrażana jest elektronicznie, system informatyczny powinien przechowywać informacje na temat wyrażenia zgody.

wpłynęło: