



MIĘDZYNARODOWE STOWARZYSZENIE MEDYCYNY KOMPLEMENTARNEJ

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Wyrażam chęć przystąpienia do Międzynarodowego Stowarzyszenia Medycyny Komplementarnej

członek zwyczajny

członek wspierający

Imię/Imiona

Nazwisko

Urodzony/a w

Zamieszkały/a

Województwo

Pesel

Zawód

Miejsce pracy:

Telefon: E-mail

Wykształcenie, ukończone kursy, szkolenia:

.....

.....

WARUNKI ZGŁOSZENIA:

1. Formularz należy wypełnić, podpisać i wysłać na adres e-mail: medycynakom@wp.pl
2. Odbiór zgłoszenia zostanie potwierdzony drogą mailową, na adres wskazany w zgłoszeniu.
3. Należy wpłacić wpisowe i składkę członkowską na rachunek bankowy **MSMK w Dąbrowie Górniczej nr 27 1140 2004 0000 3402 7559 8021**
4. W razie pytań i wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny pod nr 502 150 590.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest prezes zarządu Międzynarodowego Stowarzyszenia Medycyny Komplementarnej, ul. Wapienna 17, 42-520 Dąbrowa Górnicza. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zarejestrowania członka Stowarzyszenia. Przekazane dane nie będą udostępniane innym podmiotom niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do ich treści, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, a także do wniesienia skargi do organu nadzorczego (PUODO), gdy uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Medycyny Komplementarnej w zakresie członkostwa w Stowarzyszeniu zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. 2016 r. poz. 922). Potwierdzam, że zapoznałem/am się ze Statutem Stowarzyszenia. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą elektroniczną na wskazany w deklaracji adres e-mail

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie jestem pozbawiony/a praw publicznych, a podane dane w niniejszej Deklaracji Członkowskiej są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
miejsce i data

.....
imię i nazwisko