



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych UMED Łódź;

Proszę wypełnić drukowanymi literami:

NAZWISKO:	<input type="text"/>	IMIE/ IMIONA:	<input type="text"/>
DATA URODZENIA:	<input type="text" value="/ /"/>	MIEJSCE URODZENIA:	<input type="text"/>
PESEL:	<input type="text"/>		
ADRES DO KORESPONDENCJI:	<input type="text"/>		
ADRES STAŁY: <input type="checkbox"/> jak wyżej	<input type="text"/>		
NR TEL:	<input type="text"/>	MAIL:	<input type="text"/>
ROK STUDIÓW OML:	<input type="text"/>	GR DZIEKAŃSKA:	<input type="text"/>
		NR LEGITYMACJI:	<input type="text"/>

Oświadczam, iż znam Statut STDL UMED Łódź i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszej deklaracji dane są prawdziwe.

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w bazie danych członków STDL UMED Łódź i przetwarzanie ich zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883. wraz z późniejszymi zmianami), wykorzystywanie ich w celach statutowych, a także na umożliwienie korzystania z nich podmiotom współpracującym z Towarzystwem.

Zostałem poinformowany o dobrowolności podania danych osobowych, a także o prawie do wglądu, poprawiania i usunięcia moich danych osobowych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)