



Łódzkie Towarzystwo Studentów Medycyny Laboratoryjnej

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

ul. Muszyńskiego 1; 90-151 ŁÓDŹ

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Łódzkiego Towarzystwa Studentów Medycyny Laboratoryjnej (ŁTSML).

Proszę wypełnić drukowanymi literami:

NAZWISKO:

IMIE/ IMIONA:

DATA URODZENIA:

MIEJSCE URODZENIA:

PESEL:

ADRES

DO KORESPONDENCJI:

ADRES STAŁY:

jak wyżej

NR TEL:

MAIL:

ROK STUDIÓW OML:

GR DZIEKAŃSKA:

NR LEGITYMACJI:

Oświadczam, iż znam Statut ŁTSML 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 ŁTSML 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)