Deklaracja członkowska

……, dnia …….

Ogólnopolskie Studenckie Towarzystwo Ortopedyczne

Ja, niżej podpisany(-na), wyrażam chęć wstąpienia
do Ogólnopolskiego Studenckiego Towarzystwa Ortopedycznego.

Imię / imiona: ……

Nazwisko: ……

Data i miejsce urodzenia: …… ……

Obywatelstwo: ……

Adres kontaktowy: ……

…… ……
(kod pocztowy) (miejscowość)

Adres e-mail: ……

Telefon kontaktowy: ……

Uczelnia: ……
(pełna nazwa)

Wydział: ……
(pełna nazwa)

Rok studiów: ……
(dotyczy studentów)

Data ukończenia studiów*: ……
(dotyczy lekarzy i fizjoterapeutów)
(*studenci wpisują planowaną datę ukończenia studiów)

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się ze statutem stowarzyszenia, spełniam zawarte w nim wymogi członkostwa i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej: RODO) informujemy, że: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ogólnopolskie Studenckie Towarzystwo Ortopedyczne (OSTO) z siedzibą w Łodzi przy ulicy Żeromskiego 113, KRS: 0000678863. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z członkostwem w OSTO. Dane będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania członkostwa w Stowarzyszeniu. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W przypadku nie podania danych osobowych nie będzie możliwe uzyskanie członkostwa w Stowarzyszeniu.

……
(data i podpis kandydata)

Członkowie wprowadzający:

…… ……
(imię i nazwisko) (data i podpis)

…… ……
(imię i nazwisko) (data i podpis)