



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny

Deklaracja Członkowska

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków ZWYCZAJNYCH / WSPIERAJĄCYCH* Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland.

NAZWISKO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMIĘ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DRUGIE IMIĘ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA:

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MIEJSCE URODZENIA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DO KORESPONDENCJI:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES STAŁY:

JAK WYŻEJ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFON:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WYDZIAŁ:

LEKARSKI* / STOMATOLOGICZNY* /

I	N	N	Y																			
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NR LEGITYMACJI:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ROK STUDIÓW:

1 2 3 4 5 6

GRUPA DZIEKAŃSKA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w bazie danych członków Stowarzyszenia 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 ze Stowarzyszeniem.

Zostałem poinformowany o dobrowolności podania danych osobowych, a także o prawie do wglądu, poprawiania i usunięcia moich danych osobowych.. Moimi danymi osobowymi administrować będzie Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland z Siedzibą w Warszawie (02-007), ul. Oczuki 1a.

Wyrażam zgodę na otrzymanie informacji w rozumieniu ustawy z 18.07.2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204) na mój adres e-mail lub przy użyciu innych środków komunikacji elektronicznej.

Równocześnie przyjmuję do wiadomości, że składki członkowskie nie podlegają nigdy zwrotowi.

Oświadczam, iż znam Statut i Regulamin IFMSA-Poland i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

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

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

.....
(PODPIS)



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny

Deklaracja Członkowska

NADANIE CZŁONKOSTWA:

WYPELNIĄ IFMSA-POLAND

Decyzją Zarządu Oddziału z dnia student(ka)
ZOSTAŁ(A) / NIE ZOSTAŁ(A)* przyjęty(a) w poczet członków Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny
IFMSA-Poland.

UWAGI:
.....
.....

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

(pieczęć)

.....
(PODPIS SEKRETARZA ODDZIAŁU)

PRZEDŁUŻENIE CZŁONKOSTWA:

WYPELNIĄ IFMSA-POLAND

ROK AKADEMICKI:	ROK STUDIÓW:	GRUPA DZIEKAŃSKA:	UWAGI:	PODPIS SEKRETARZA ODDZIAŁU:

WYGAŚNIĘCIE/POZBAWIENIE* CZŁONKOSTWA:

WYPELNIĄ IFMSA-POLAND

Zarządu Oddziału dnia podjął decyzję o WYGAŚNIĘCIU/POZBAWIENIU* członkostwa
w Międzynarodowym Stowarzyszeniu Studentów Medycyny IFMSA-Poland

UWAGI:
.....
.....

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

(pieczęć)

.....
(PODPIS SEKRETARZA ODDZIAŁU)