

Chrześcijańskie Stowarzyszenie Medyczne

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Po zapoznaniu się ze Statutem zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień i proszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających ChSM.

Nazwisko i imię

Data i miejsce urodzenia

Adres zam.: kod - miejscowość

ul. tel. nr

e-mail:

Zawód wykonywany

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb organizacyjnych Chrześcijańskiego Stowarzyszenia Medycznego (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych: Dz. U. 2018r. poz. 1000)

..... , dnia

.....
(Podpis)

Osoba wprowadzająca:

Deklarację przyjęto – odrzucono w dniu

Za Zarząd

.....