

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 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

..... , dnia

.....
(Podpis)

Osoba wprowadzająca:

Decyzją Zarządu: Deklarację przyjęto – odrzucono na zebraniu w dniu

Protokół nr pkt.

Za Zarząd

.....