



## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie na poczet członków zwyczajnych Klubu Higienistek.

Nazwisko i imię : .....

Rok uzyskania dyplomu: .....

Adres do korespondencji: .....

.....

Województwo: .....

Numer telefonu: .....

Adres email: .....

Opłata na członka zwyczajnego w wysokości 50 zł jest dokonywana raz do roku na konto bankowe Stowarzyszenia Klubu Higienistek o numerze : 19 1140 2004 0000 3602 7815 1883

.....

*data*

.....

*podpis*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych zgodnie z ustawią o ochronie danych osobowych przez Klub Higienistek. Podanie danych jest dobrowolne i niezbędne do obsługi członkostwa. Zostałem poinformowany, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości i poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....

*data*

.....

*podpis*