

Združenje za infektologijo pri SZD

PRISTOPNA IZJAVA

Podpisani-a _____ želim postati član-ica Združenja za infektologijo pri SZD. Zavezujem se, da bom spoštoval-a odredbe statuta in odločitve izvoljenih organov združenja.

Podatki o članu / članici:

| | |
|------------------|--|
| Ime in priimek | |
| Datum rojstva | |
| Specializacija | |
| Ustanova | |
| Oddelek | |
| Ulica in kraj | |
| Telefon v službi | |
| Mobilni telefon | |
| e- naslov | |

S to izjavo dovoljujem Združenju za infektologijo pri SZD, da lahko zbira, obdeluje in shranjuje moje osebne podatke (oblikujte želeno)

IZJAVA

- Dovoljujem Združenju za infektologijo pri SZD, da zbira, obdeluje in shranjuje moje osebne podatke v namen evidence članstva in obveščanja o aktivnostih Združenja.
- Dovoljujem Združenju za infektologijo pri SZD, da lahko moje osebne podatke posreduje pogodbenemu partnerju, če ta zagotovi, da jih bo obdeloval v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov.

Izjavljam, da sem seznanjen-a z vsemi svojimi pravicami vezanimi na obdelavo in posredovanje mojih osebnih podatkov, ki so navedeni v Zakonu o varstvu osebnih podatkov Urani list RS št. 86/2004. To soglasje je časovno neomejeno in ga lahko kadarkoli pisno prekličem.

V _____ datum _____

Podpis _____