



PSOM

**pomorskie
stowarzyszenie
opiekunów
medycznych**

PASJA DO POMAGANIA DRUGIEMU CZŁOWIEKOWI

Deklaracja numer.....

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Zgłaszam chęć do przystąpienia do Pomorskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych jako członek zwyczajny/ wspierający/ honorowy.

Oświadczam, że znane mi są cele, zadania i działania Stowarzyszenia ujęte w Jego Statucie. Zobowiązuje się do ich przestrzegania oraz aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i sumiennego wypełniania uchwał Władz Stowarzyszenia.

Deklaruję, iż będę regularnie opłacał składkę członkowską w wysokości ustalonej odpowiednią uchwałą bezpośrednio na rachunek Stowarzyszenia podając w tytule przelewu: imię, nazwisko i miesiąc za jaki uiszcza składkę.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

Dane osobowe członka PSOM / numer dyplomu.....

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon

E-mail

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji w celach realizacji założeń statutowych Stowarzyszenia (zgodnie z ustawą z dn. 28.08.1997r. „O ochronie danych osobowych”). Przysługuje mi prawo do wglądu w te dane, ich poprawianie lub uzupełnianie. Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Pomorskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych podanego adresu e-mail wyłącznie do celów informacyjnych w związku z prowadzoną przez Stowarzyszenie działalnością. Przekazane dane nie będą udostępniane innym organizacjom czy podmiotom zewnętrznym bez uzyskania dodatkowej zgody, chyba, że wynika to z zapisów prawa.