

SLOVENSKO ZDRUŽENJE ZA INTENZIVNO MEDICINO

PRISTOPNA IZJAVA

Podpisani -a _____ želim postati polnopravni-a član-ica Slovenskega združenja za intenzivno medicino. Zavezujem se, da bom spoštoval-a odredbe statuta in odločitve izvoljenih organov združenja ter redno plačeval-a letno članarino.

Podatki o članici-članu:

| | |
|--------------------------------|--|
| *Ime in priimek | |
| Datum rojstva | |
| *Specializacija | |
| *Ustanova | |
| *Oddelek | |
| *Ulica in kraj | |
| Telefon v službi | |
| Mobilni telefon | |
| E-naslov | |
| *Naslov za pošiljanje obvestil | |

* Z zvezdico so označeni podatki, ki jih je treba obvezno izpolniti

IZJAVA

S to izjavo dovoljujem Slovenskemu združenju za intenzivno medicino, da lahko zbira, obdeluje in shranjuje moje osebne podatke

(odkljukajte želeno)

- Dovoljujem Slovenskemu združenju za intenzivno medicino, da zbira, obdeluje in shranjuje moje osebne podatke v namen evidence članstva in obveščanja o aktivnostih SZIM
- Dovoljujem slovenskemu združenju za intenzivno medicino, da lahko moje osebne podatke posreduje pogodbenemu partnerju in sicer v primeru, če ta zagotovi, da jih bo obdeloval v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov.

Izjavljam, da sem seznanjen-a z vsemi svojimi pravicami glede obdelave in pogojev posredovanja mojih osebnih podatkov, ki so navedeni v Zakonu o varstvu osebnih podatkov Uradni list RS št. 86/2004. To soglasje je časovno neomejeno in ga lahko kadarkoli pisno prekličem.

V _____ Datum _____ Podpis _____