

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 _____