

Kwestionariusz osobowy kandydata na członka PSPN

Imię.....Nazwisko.....

Stopień lub tytuł naukowy.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres kontaktowy.....
.....

Telefon.....E-mail.....

Zainteresowania i/lub obszary badawcze.....
.....
.....
.....

Proszę podać powody, dla których chciałaby Pani/chciałby Pan zostać
członkiem PSPN
.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polskie Stowarzyszenie Programu Neurologiki w Szczecinie moich danych osobowych wraz z adresem poczty elektronicznej, w myśl przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) w celach związanych z przyjęciem mnie do Stowarzyszenia oraz innych celach związanych ze statutem Stowarzyszenia oraz zgodnie z Ustawą z dnia 18.07.2002 r. (Dz. U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam zgodę na otrzymywanie poczty drogą elektroniczną. Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w bazie adresowej PSPN w Szczecinie, zachowując prawo do ich wglądu, poprawiania lub usunięcia.

Podpis: Data: