



CHLO Kujawsko - Pomorskie
Stowarzyszenie Pacjentów
Bariatrycznych

Deklaracja członkowska

Ja, niżej podpisany(a)
proszę o przyjęcie mnie w poczet członków CHLO Kujawsko – Pomorskiego *Stowarzyszenia Pacjentów Bariatrycznych* z siedzibą w Inowrocławiu.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Zobowiązuję się do ich przestrzegania, regularnego opłacania składek, aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i wypełniania uchwał władz statutowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji na potrzeby CHLO Kujawsko – Pomorskiego Stowarzyszenia Pacjentów Bariatrycznych, do realizacji procesu rekrutacji na członka Stowarzyszenia, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000) oraz zgodnie z klauzulą informacyjną dołączoną do mojej zgody.

....., dn. własnoręczny podpis

miejsce

Dane osobowe: (proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Adres korespondencyjny

Numer dowodu osobistego:

Telefon, E-mail:

Osoba rekomendująca (1):

Imię i nazwisko:

Data i własnoręczny podpis:

Osoba rekomendująca (2)

Imię i nazwisko:

Data i własnoręczny podpis:

Uchwała Zarządu

Uchwałą Zarządu Stowarzyszenia z dnia Pan/Pani
..... został(a) członkiem CHLO Kujawsko - Pomorskiego
Stowarzyszenia Pacjentów Bariatrycznych

Inowrocław, dn. (podpis Prezesa Zarządu)