

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Koła Naukowego

.....

funkcjonującego w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku.

imię i nazwisko

kierunek i forma studiów:

rok studiów:

adres e-mail

tel. kontaktowy

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Organizacji Studenckich Wyższej Szkoły Zdrowia w Gdańsku i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w celach związanych z uzyskaniem członkostwa i dla spraw organizacyjnych, zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

miejsowość i data czytelny podpis