

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w poczet członków studenckiego koła naukowego

.....

funkcjonującego w Gdańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych.

imię i nazwisko .....

kierunek i forma studiów: .....

rok studiów: .....

adres e-mail .....

tel. kontaktowy .....

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Organizacji Studenckich Gdańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych 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.

miejsce i data ..... czytelny podpis .....