



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Deklaruję, niniejszym swoje członkostwo w Stowarzyszeniu Pracowników Służb Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w Łodzi

| | | |
|-----|--|-------|
| 1. | Imię i nazwisko, imię ojca | |
| 2. | Data i miejsce urodzenia | |
| 3. | Adres zamieszkania z kodem pocztowym | _____ |
| 4. | Numer telefonu, e-mail | _____ |
| 5. | Wykształcenie / specjalność | |
| 6. | Miejsce pracy / stanowisko | |
| 7. | Staż pracy w służbie bhp | |
| 8. | Nr dowodu osobistego | |
| 9. | Nr ewidencyjny PESEL | |
| 10. | Data przystąpienia do Stowarzyszenia | |
| 11. | Data wystąpienia ze Stowarzyszenia - przyczyna | |

Oświadczam, że jest mi znany STATUT Stowarzyszenia.

Zobowiązuję się:

- przestrzegać postanowień STATUTU Stowarzyszenia,
- przestrzegać Uchwał Władz Stowarzyszenia,
- aktywnie uczestniczyć w pracach Stowarzyszenia,
- regularnie opłacać składki członkowskie,
- zgłaszać zmiany w zakresie ww. danych personalnych.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis składającego deklarację)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikowanie zdjęć z moim wizerunkiem z imprez organizowanych przez Stowarzyszenie w Biuletynie Informacyjnym i na stronie internetowej Stowarzyszenia.

.....
(podpis składającego deklarację)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych osobowych Stowarzyszenia Pracowników Służb Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w Łodzi w celu działalności organizacyjnej wynikającej ze Statutu Stowarzyszenia (RODO).

.....
(podpis składającego deklarację)