



Załącznik nr 1

do Regulaminu działalności Studenckiego Koła Naukowego
Ratownictwa Medycznego

Łomża dnia

DEKLARACJA
PRZYSTĄPIENIA DO
STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO
RATOWNICTWA MEDYCZNEGO
WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ OCHRONY ZDROWIA TWP W ŁOMŻY

(wypełnij drukowanymi literami)

Imię i nazwisko:.....

Numer albumu:.....

e-mail:.....

Telefon:.....

Oświadczam, że znane mi są postanowienia regulaminu, cele i zadania Studenckiego Koła Naukowego Ratownictwa Medycznego. Zobowiązuję się do ich przestrzegania i aktywnego uczestnictwa w działalności Koła.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych przez Studenckie Koło Naukowe Ratownictwa Medycznego dla celów związanych z działalnością Koła i wykorzystywanie ich do celów archiwalnych i statystycznych. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych, ich poprawianie lub uzupełnianie.

.....

data, podpis