

Deklaracja Członkowska
„Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Farmaceutów Szpitalnych”
(OZZFS)

Deklaruję chęć przystąpienia do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Farmaceutów Szpitalnych (OZZFS). Oświadczam, że znany jest mi Statut Związku i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz w pełni akceptuję treść jego postanowień. Jednocześnie zobowiązuję się do opłacenia wpisowego i regularnego opłacania składek członkowskich.

Imię Nazwisko
Data i miejsce urodzenia
PESEL.....

Adres zamieszkania :

Ulica Kod pocztowy.....
Miejscowość Telefon
e-mail:

Zakład pracy (pełna nazwa i adres).....
.....
Jednostka organizacyjna zakładu pracy.....

Oświadczam, że jestem farmaceutą pracującym w szpitalu, a dla potwierdzenia moich uprawnień zawodowych załączam kserokopię Prawa Wykonywania Zawodu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów statutowych Związku (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

Jestem świadomy(a) faktu, że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....
(data)

.....
(podpis)