

Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii

Deklaracja członkowska



1. Imię i nazwisko _____
2. Tytuł naukowy _____
3. Zawód _____
4. Specjalizacja _____
5. Adres zamieszkania _____
6. Adres korespondencyjny _____
7. Telefon kontaktowy _____
8. E-mail _____

Proszę o przyjęcie mnie na członka zwyczajnego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE). Oświadczam, że znany jest mi Statut Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii i zobowiązuję się do jego przestrzegania, a w szczególności do przestrzegania uchwał i postanowień władz PTMRIE, brania czynnego udziału w działalności PTMRIE oraz regularnego opłacania składek członkowskich.

miejsowość i data

podpis

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dz. Urz. EU L Nr 119, str. 1) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) moich danych osobowych zawartych w deklaracji członkowskiej dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań statutowych PTMRIE.

miejsowość i data

podpis

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dz. Urz. EU L Nr 119, str. 1), zwanego dalej Rozporządzeniem, informuję iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE), ul. Bociania 13, 02 – 807 Warszawa. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji statutowych celów PTMRIE, na podstawie art. 6 ustęp 1b Rozporządzenia. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ustało członkostwo w PTMRIE. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usuwania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy Rozporządzenia. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Brak podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości przyjęcia do grona członków PTMRIE. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych.

Administrator Danych Osobowych

Wyrażam zgodę, na przesłanie informacji związanych z funkcjonowaniem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) w tym zawiadomień o planowanych walnych zebraniach członków na podany przeze mnie adres mailowy.

miejsowość i data

podpis

Decyzja o przyjęciu w poczet członków PTMRIE

miejsowość i data

podpis czytelny

podpis

miejsowość i data

podpis czytelny

podpis