

DEKLARACJA WSTĄPIENIA
do
AKADEMII TRZECIEGO WIEKU
WARSZAWSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
(ATWPIp)

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Akademii Trzeciego Wieku Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy, e-mail,

- ☐ Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem Akademii i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz stosowanie postanowień w nim zawartych,
- ☐ Oświadczam, że biorę na siebie całkowitą odpowiedzialność w przypadku nieszczęśliwych zdarzeń losowych zaistniałych na zajęciach Akademii Trzeciego Wieku Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- ☐ Oświadczam, że wyrażam świadomie zgodę na przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych oraz upublicznianie wizerunku dla potrzeb Akademii, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 wejście w życie 25.05.2018 r.,
- ☐ Oświadczam, że zapoznałam/em się z "OBOWIĄZKIEM INFORMATYCZNYM RODO".

.....
(Data)

.....
(Czytelny podpis)

Decyzją z dnia r. potwierdza się przynależność do Akademii Trzeciego Wieku Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

1.
(Podpis członka Zarządu)

2.
(Podpis członka Zarządu)