



PRISTOPNA IZJAVA ZA ČLANSTVO V SZAIM (Slovenskem združenju za anesteziologijo in intenzivno medicino)

Spodaj podpisana/-i (čitljivo in z vsemi nazivi)

S podpisom te izjave potrjujem, da želim biti član SZAIM-a, ter soglašam in dovoljujem, da SZAIM zbira, shranjuje in obdeluje moje osebne podatke.

SZAIM lahko posreduje moje osebne podatke le pogodbenemu partnerju, in sicer v primeru, če le-ta zagotovi, da jih bo obdeloval skladno z zakonom.

Izjavljam, da sem seznanjen z vsemi svojimi pravicami glede obdelave in pogoji posredovanja mojih osebnih podatkov navedenih v Zakonu o varovanju osebnih podatkov (Uradni list RS 86/2004). To soglasje je časovno neomejeno in ga lahko kadarkoli prekličem.

Ustanova:

Moj E-mail naslov, na katerega želim prejemati sporočila s strani SZAIM:

Datum:

Podpis: