

FORMULARZ NA PRZYJĘCIE NA CZŁONKA IMPLANT MASTERS POLAND

DANE KANDYDATA:

Imię i Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Adres korespondencyjny:

Telefon:

Adres email:

Nr PWZ:



CZŁONEK ZWYCZAJNY

Rok ukończenia studiów i nazwa uczelni:

Tytuł naukowy



IMPLANT
MASTERS
POLAND

Dołączam dyplom*

- Dyplom ukończenia studiów stomatologicznych
- Dyplom ukończenia Curriculum Implantologii
- Dyplom ukończenia Curriculum Fellowships
- Dyplom ukończenia Curriculum Diplomate in Oral Implantology
- Dyplom ukończenia Curriculum Implantologii Master of Science in Oral Implantology

*proszę zaznaczyć poprawne



CZŁONEK ASPIRUJĄCY

Rok ukończenia studiów i nazwa uczelni:

Tytuł naukowy

Dołączam*

- Dyplom ukończenia studiów stomatologicznych
- potwierdzenie z Uczelni, że jest się studentem

*proszę zaznaczyć poprawne

Termin zapłaty składki do 14 dni od złożenia deklaracji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przyjęcia mnie na członka Implant Masters Poland. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przetworzenia formularza. Zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach: dostępu do danych, możliwości ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, o prawie do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu oraz o prawie do wycofania zgody.

Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Implant Masters Poland z siedzibą w Szczecinie przy ul. Wielka Odrzańska 31b NIP 8513183754, REGON 361311358, KRS 0000554331.

Inspektorem ochrony danych jest Marta Kopacz dostępny pod adresem e-mail: biuro@implantmasterspoland.pl

pieczętka data, miejscowość własnoręczny podpis

Implant Masters Poland

ul. Wielka Odrzańska 31b, 70-535 Szczecin

biuro@implantmasterspoland.pl www.implantmasterspoland.pl