



IMPLANT  
MASTERS  
POLAND

## FORMULARZ NA PRZYJĘCIE NA CZŁONKA IMPLANT MASTERS POLAND

### DANE KANDYDATA:

Imię i Nazwisko:

---

Data i miejsce urodzenia:

---

Adres zamieszkania:

---

Adres korespondencyjny:

---

Telefon:

---

Adres email:

---



CZŁONEK ZWYCZAJNY

Rok ukończenia studiów i nazwa uczelni:

---

Tytuł naukowy

---

**Implant Masters Poland**

Al. Jana Pawła II 27, 00-867 Warszawa

biuro@implantmasterspoland.pl [www.implantmasterspoland.pl](http://www.implantmasterspoland.pl)





IMPLANT  
MASTERS  
POLAND

---

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 Warszawie przy Al. Jana Pawła II 27 NIP 8513183754, REGON 361311358, KRS 0000554331 adres e-mail: [biuro@implantmasterspoland.pl](mailto:biuro@implantmasterspoland.pl)

---

pieczętka data, miejscowość własnoręczny podpis

**Implant Masters Poland**

Al. Jana Pawła II 27, 00-867 Warszawa

[biuro@implantmasterspoland.pl](mailto:biuro@implantmasterspoland.pl) [www.implantmasterspoland.pl](http://www.implantmasterspoland.pl)