WNIOSEK

o przyjęcie w poczet członków

*Studenckiego Towarzystwa Naukowego*

*Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy*

|  |  |
| --- | --- |
| *IMIĘ* |  |
| *NAZWISKO* |  |
| *KIERUNEK* |  |
| *ROK* |  |
| *NR ALBUMU* |  |
| *KOŁO NAUKOWE* |  |
| *KATEDRA/ZAKŁAD SPRAWUJĄCA/SPRAWUJĄCY OPIEKĘ NAD KOŁEM NAUKOWYM* |  |
| *WYDZIAŁ, DO KTÓREGO NALEŻY KATEDRA/ZAKŁAD* |  |
| *E-MAIL* |  |
| *TELEFON* |   |
| *PIECZĄTKA I PODPIS OPIEKUNA KOŁA* |  |

(**wypełniać drukowanymi literami**)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Studenckie Towarzystwo Naukowe Collegium Medicum UMK im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Dane te przekazuję dobrowolnie, zastrzegając sobie prawo do ich sprawdzania i poprawiania (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 833 z późniejszymi zmianami).

Data: ……………………… ……………………………..

Podpis kandydata do członkostwa

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby działalności Studenckiego Towarzystwa Naukowego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres Studenckiego Towarzystwa Naukowego.

……………………….………………….……………
Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę

Adnotacje Zarządu STN:[[1]](#footnote-1)\*\*

Zarząd STN postanawia przyjąć / nie przyjąć – uzasadnienie na odwrocie[[2]](#footnote-2)\*\*\* na członka Studenckiego Towarzystwa Naukowego Collegium Medicum UMK im Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

............................................
Data i podpis

1. \*\* wypełnia Zarząd STN [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\*\* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)