DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Stowarzyszenia Krajowa Rada Opiekunów Medycznych

1. Dane osobowe kandydata

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Telefon kontaktowy: .....

Adres e-mail: .....

Miejsce pracy (opcjonalnie): .....

Zawód / stanowisko: .....

2. Oświadczenie woli

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że dobrowolnie wyrażam chęć przystąpienia do Stowarzyszenia „Krajowa Rada Opiekunów Medycznych” oraz deklaruję gotowość przestrzegania postanowień Statutu Stowarzyszenia, regulaminów wewnętrznych oraz uchwał jego władz.

Oświadczam również, że zapoznałem/am się ze Statutem Stowarzyszenia i akceptuję jego treść.

3. Zobowiązania członkowskie

Zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa w działaniach Stowarzyszenia oraz terminowego opłacania składek członkowskich w wysokości 20 zł miesięcznie, zgodnie z uchwałami Zarządu.

4. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Stowarzyszenie Krajowa Rada Opiekunów Medycznych z siedzibą w Oleśnicy, ul. Lwowska 31/101, 56-400 Oleśnica, KRS 0001239637; kontakt: kromstowarzyszenie@gmail.com, tel. 536 056 301.
2. Dane przetwarzamy w celu realizacji członkostwa w Stowarzyszeniu zgodnie ze statutem (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), w celach organizacyjnych Stowarzyszenia i ewentualnego dochodzenia roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) oraz rozliczania składek zgodnie z przepisami o rachunkowości (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
3. Odbiorcami danych mogą być: dostawcy usług IT i poczty elektronicznej, bank, biuro rachunkowe oraz organy uprawnione na podstawie przepisów prawa.
4. Dane przechowujemy przez czas członkostwa, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń; dokumenty rozliczeniowe – 5 lat od końca roku podatkowego.
5. Masz prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz wniesienia sprzeciwu, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia w poczet członków. Dane nie służą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania. Więcej informacji: Polityka prywatności na stronie KROM.

5. Miejsce i data

Miejscowość i data: .....

6. Podpis kandydata

.....

Konto bankowe stowarzyszenia Krajowa Rada Opiekunów Medycznych

43 1020 5297 0000 1702 0327 2408

Uwagi:

1. W tytule przelewu prosimy wpisać: „składka członkowska, miesiąc i rok”. W przypadku opłacenia składki z góry za pół roku lub za cały rok, prosimy wpisać: „składka członkowska, okres od – do (miesiąc/rok)”. W przypadku opłacenia składki za cały rok z góry dopuszczalny jest również zapis: „składka członkowska za rok …”.
2. Składka członkowska w stowarzyszeniu Krajowa Rada Opiekunów Medycznych wynosi 20 zł miesięcznie.
3. Adres do korespondencji: Krajowa Rada Opiekunów Medycznych, Urząd Pocztowy w Oleśnicy, ul. 3 Maja 50–52, 56-400 Oleśnica, skrytka pocztowa nr 49.