

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA NR: .....

Rok Akademicki .....

Proszę o przyjęcie mnie w poczet Członków EMSA Warszawa – Oddziału Lokalnego Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA, zarejestrowanego w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

### DANE OSOBOWE:

NAZWISKO: .....

IMIĘ: .....

WYDZIAŁ, ROK, KIERUNEK .....

DATA I MIEJSCE URODZENIA: .....

ADRES ZAMIESZKANIA: .....

TELEFON STACJONARNY: .....

TELEFON KOMÓRKOWY: .....

ADRES E-MAIL: .....

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH .....

PRZYNALEŻNOŚĆ DO INNYCH ORGANIZACJI STUDENCKICH .....

Oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie przez EMSA Warszawa do realizacji celów statutowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz.U. nr 133, poz. 883).

### OŚWIADCZENIE CZŁONKOWSKIE

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z postanowieniami Statutu, celami i zadaniami EMSA Warszawa. Zobowiązuję się również do przestrzegania regulaminu EMSA Warszawa i aktywnego udziału w realizacji Jego założeń.

.....  
(miasto i data)

.....  
(podpis)

*Zgodnie z postanowieniami Statutu EMSA Warszawa, Zarząd EMSA Warszawa przyjmuje Kandydata  
w poczet Członków EMSA Warszawa, na prawach CZŁONKA .....*

.....  
(pieczęć i podpis Prezesa Zarządu EMSA Warszawa)