PRIHLÁŠKA ZA ČLENA OPEN MEDICAL CLUB

Priezvisko a tituly:

Meno:

Názov pracoviska:

Oddelenie/Klinika:

Názov pracoviska v Aj:

Pracovná pozícia, funkcia:

Špecializácia:

Ulica a číslo domu:

PSČ:

Mesto:

E-mail do práce:

Tel. do práce:

Domáca adresa – ulica a číslo domu:

PSČ:

Mesto:

E-mail:

Mobil (tel. domov):

Hlásil som sa v minulosti na Salzburské semináre pre lekárov: áno nie

Dobrovoľne poskytujem svoje osobné údaje Open Medical Club-u na účely spracovania žiadosti o členstvo.

_____

podpis

Postupujeme v plnom súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady č. (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej len „GDPR“) a so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien.

Vyplnenú prihlášku pošlite prosím e-mailom na adresu slovakia@openmedicalinstitute.org