**PŘIHLÁŠKA**

za člena Sdružení ambulantních

dermatovenerologů ČR

**Příjmení, jméno, titul:**

**Datum narození:**

**Adresa trvalého bydliště:**

**Korespondenční adresa** *(jen pokud se liší od trvalého bydliště)***:**

**Tel.:**

**E-mail:**

**Pracoviště – název, adresa, IČZ:**

**Bankovní spojení:**

*Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s účelem, podmínkami a rozsahem zpracování svých osobních údajů, které budou zpracovány za účelem naplnění poslání SAD tak, jak je definováno ve stanovách SAD. Informace o zpracování osobních údajů jsou k dispozici na* *https://www.sadcr.com/zakladni-dokumenty/*

V Dne

.......................................

podpis člena

Členství vzniká po schválení výborem SAD ČR a uhrazením členského příspěvku.

Č.ú. je 172472784/0300 ČSOB, členský příspěvek 1.500,-Kč, variabilní symbol je rodné číslo, do zprávy pro příjemce uvádějte své jméno.

Přihlášku vyplňte, vytiskněte, podepište a odešlete:

     1. naskenovanou elektronicky na e-mail uvedený v záložce "kontakt"

                     nebo

    2. poštou na adresu uvedenou v záložce "kontakt"