**D E K L A R A C J A**

**Członkowska Warmińsko Mazurskiego Cechu Naturoterapeutów.**

Imię i nazwisko : ……………………………………………………………………………………………..........................

Data i miejsce urodzenia:………………………………………………………………………………………………………..

Pesel:………………………………………… NIP: ………………………………… Regon: …………………………………..

Dowód tożsamości: …………………………………………., adres:……………………………………………………….

**Działalność gospodarcza zawiera EKD 86.90.D i (lub) 96.09.Z** *(tak / nie ; właściwe podkreślić)*

Nazwa i nr miejsce rejestracji: …………………………………………………………………………………………………………….

Specjalizacja zawodowa wg EKD/PKD. Rzem. tyt. zawodowe, dane dyplomów:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ukończone kursy zawodowe: …………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inne szkolenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa szkoły/ uczelni, rok ukończenia, kierunek: ………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zainteresowania , uprawnienia: …………………………………………………………………………………………………………..

Adres korespondencyjny: kod:……………………….. , miejscowość…………………………………………………………….

Ulica:………………………………………………………………………………………………… tel…………………………………………….

e-mail ………………………………………………………………………. www………………………………………………………………..

Miejsce pracy , gabinetu: nazwa i adres ……………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 *Wpłacam wpisowe w kwocie 50,00 zł (pięćdziesiąt złotych) i poświadczam gotowość systematycznego opłacania składki członkowskiej. Deklaruję składkę indywidualną stanowiącą …… krotność podstawowej składki członkowskiej w miesięcznej wysokości 15,00 zł tj. 180,00 zł w skali roku (sto osiemdziesiąt złotych).*

 *Przez podpisanie tego dokumentu zezwala Pan(i) na przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/ Pani osoby do celów rejestracji w bazie Członków Warmińsko Mazurskiego Cechu Naturoterapeutów w Olsztynie (WMCN) , zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych. Zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady U.E 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. o Ochronie Danych Osobowych (RODO), (Dz. U. UEL 119 z 04.05.2016r.)* ***wyrażam zgodę******na przetwarzanie moich danych osobowych****, w tym danych wrażliwych w celu rejestracji w bazie Członków Warmińsko Mazurskiego Cechu Naturoterapeutów w Olsztynie zgodnie z art. 13 powyżej cytowanego Rozporządzenia. Informujemy, iż administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Warmińsko Mazurski Cech Naturoterapeutów w Olsztynie, ul. Prosta 38 prowadzący działalność statutową Cechu. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji działalności statutowej Cechu oraz mogą zostać udostępnione podmiotowi świadczącemu usługi rachunkowe na rzecz Cechu jak też Warmińsko Mazurskiej Izbie Rzemieślniczej i Przedsiębiorczości w Olsztynie. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania a podanie ich treści jest dobrowolne.*

*Miejsce, data…………………………………………………………………………….. Czytelny podpis wstępującego:*

 *………………………………………………………………………..*

*Uchwała Zarządu WMCN w sprawie przyjęcia kandydata na członka:*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*Data…………………………………………………. Zarząd WMCN (podpisy)*

 *………………………………………………..............*

 *……………………………………………………………*

 *……………………………………………………………*

*Wydano legitymację członkowską nr……………………………………………………………………………….*

*Data……………………………………………………….. ………………………………………………………………..*

 *(podpis wydającego)*