

PRISTUPNICA/UPITNIK ZA ČLANOVE ASOCIJACIJE REFRAKTIVNIH HIRURGA KATARAKTE I KORNEE SRBIJE

Podaci o članu Asocijacije refraktivnih hirurga katarakte i kornee Srbije	
* prezime	
* ime	
* zvanje(navesti ako imate)	
adresa stanovanja	
broj mobilnog telefona	
e-mail	
JMBG	
Broj licence (neophodno za izdavanje sertifikata o učešću na ARHKKS edukacijama, kongresima)	
poštanska adresa na koju želite da dobijate publikacije Asocijacije (ulica, broj, poštanski broj, mesto)	
Podaci o ustanovi gde je član ARHKKS zaposlen/zaposlena	
Naziv ustanove	
Adresa ustanove	

Saglasan/saglasna sam da se gore navedeni podaci prikupljaju, obrađuju i koriste od strane Asocijacije refraktivnih hirurga katarakte i kornee Srbije kako u Republici Srbiji tako i u inostranstvu, u svrhu ostvarivanja ciljeva Udruženja, kao i da se podaci koji nose oznaku * mogu objaviti i biti javno dostupni na internet stranici Asocijacije, a da se ostali podaci koriste u statističke svrhe. Izjavljujem da sam upoznat/a sa pravom da izvršim uvid u bazu podataka i da dobijem obaveštenje o načinu korišćenja ličnih podataka. Ova saglasnost podrazumeva da odredbe Zakona o zaštiti podataka o ličnosti ne važe za obradu mojih podataka za vreme trajanja mog članstva u Asocijaciji refraktivnih hirurga katarakte i kornee Srbije.

Ovim izjavljujem da želim da postanem član Asocijacije refraktivnih hirurga katarakte i kornee Srbije, te da sam upoznat/a i da u celosti prihvatam sve odredbe osnivačkog akta, Statuta i svih drugih akata Asocijacije refraktivnih hirurga katarakte i kornee Srbije, registrovanog kod Agencije za privredne registre.

U svojstvu člana Asocijacije refraktivnih hirurga katarakte i kornee Srbije, ovim izjavljujem da sam upoznat/a i da u celosti prihvatam sve odredbe osnivačkog akta, Statuta i svih drugih akata Asocijacije refraktivnih hirurga katarakte i kornee Srbije, registrovanog kod Agencije za privredne registre.

U _____, dana _____ godine

Ime i prezime	JMBG	Potpis