



## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA ŚLĄSKO-MAŁOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA UBEZPIECZONYCH

Przystąpienie\*

Zmiana danych\*

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Data i miejsce urodzenia:	
Adres zamieszkania: (ulica/numer/kod/poczta)	
Nr telefonu stacjonarnego:	
Nr telefonu komórkowego:	
Adres do korespondencji: (ulica/numer/kod/poczta)	
Adres poczty e-mail:	

*\*Uzupełnienie wszystkich wyżej wymienionych pól jest obowiązkowe. W przypadku nie posiadania np. telefonu lub adresu e-mail należy wpisać „brak”.*

W razie gdy któraś z powyższych danych ulegnie zmianie, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym Śląsko-Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych.

Zgłaszam moją kandydaturę na członka Śląsko-Małopolskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są postanowienia Statutu Stowarzyszenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Śląsko-Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych, zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. z 1997r. Nr 133, poz 883 z późniejszymi zmianami) wyłącznie w celu realizacji postanowień statutowych Stowarzyszenia.

.....  
Miejscowość, data, czytelny podpis kandydata

Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną (e-mailowo) lub telefonicznie (w tym poprzez wiadomości tekstowe SMS/graficzne MMS) informacji o działalności, planach i propozycjach Śląsko – Małopolskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych (SMSU), jak również informacji handlowych o oferowanych przez SMSU lub za jego pośrednictwem produktach lub usługach.

.....  
Miejscowość, data, czytelny podpis kandydata

### *Przyjęcie w poczet członków*

ID członka:	
Nr uchwały:	
Data przyjęcia:	

.....  
Podpis zatwierdzającego