

PRISTOPNA IZJAVA ZA ČLANSTVO V SLOVENSKEM DRUŠTVU ZAVAROVANCEV

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Izobrazba:

Naslov:

Telefonska/mobilna številka:

Elektronski naslov:

S podpisom izjavljam, da želim postati član/ica Slovenskega društva zavarovancev, da sprejemam statut društva ter sem se pripravljen/a ravnati po njem, vključno s plačilom članarine.

Društvu dovoljujem zbiranje, obdelavo in uporabo mojih osebnih podatkov za potrebe delovanja društva, pri čemer je dolžno ravnati v skladu z določili Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1, Uradni list RS, št. 94/2007). Dovoljujem tudi javno objavljanje slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazuje dejavnost društva in vsebuje moje posnetke.

Račun za letno članarino bo poslan na naslov naveden zgoraj. V kolikor želite prejemati račun za članarino na drug naslov, ga prosim navedite

- ☐ Želim prejemati obvestila Slovenskega društva zavarovancev po elektronski pošti.
(če želite prejemati obvestila SDZ kvadrata označite)

Kraj in datum:

Podpis:

IZPOLNI DRUŠTVO

Pogoji za včlanitev v društvo **SO** **NISO** izpolnjeni.

Člana se vpiše pod zaporedno številko:

(podpis odgovorne osebe)