



CZŁONKOSTWO W STOWARZYSZENIU MIŁOŚNIKÓW KONINKA

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dziękujemy za zainteresowanie członkostwem w Stowarzyszeniu Miłośników Koninka. Prosimy o wypełnienie wszystkich poniższych danych. Wszystkie informacje są przetwarzane zgodnie z zasadami RODO i będą wykorzystywane wyłącznie w celu prowadzenia działalności Stowarzyszenia.

Dane Osobowe

Imię

Nazwisko

Ulica

Nr Domu

Miasto

Kod Pocztowy

E-mail

Nr Telefonu

Wymagane Oświadczenia (proszę zaznaczyć wszystkie)

☐

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze Statutem Stowarzyszenia i akceptuję jego postanowienia.

☐

Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Stowarzyszenia i aktywnego uczestniczenia w jego działalności.

☐

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Miłośników Koninka, w celu realizacji celów statutowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

Data

Miejsce

Podpis

Prosimy przesłać wypełniony formularz na adres e-mail:

stowarzyszeniemk2025@gmail.com