

## Prihláška za spriazneného člena

### Asociácie zdravotníckych pracovníkov v zahraničí

Spriaznenými členmi AZPZ môžu byť podľa stanov asociácie fyzické alebo právnické osoby, ktoré sa angažujú v oblastiach, ktoré podporujú ciele asociácie, a ktoré sú ochotné prispievať na podporu asociácie.

#### I. OSOBNÉ ÚDAJE

DÁTUM ŽIADOSTI:

Názov fyzickej alebo právnickej osoby:.....

IČO:.....

Adresa:.....

Telefón:.....

Email:.....

Konateľ:.....

Internetová stránka:.....

Sociálne médiá:.....

#### II. MOTIVÁCIA (DÔVODY ŽIADOSTI O ČLENSTVO)

#### V. SÚHLAS

- Súhlasím s poslaním a cieľmi Asociácie zdravotníckych pracovníkov v zahraničí (AZPZ).
- V zmysle §6, písm. b Zák. č. 428/2002 Z. z., (v znení neskorších predpisov) súhlasím s uchovávaním a ďalším spracovávaním mojich osobných údajov uvedených v tejto prihláške, ktoré môžu byť použité len na účely vyplývajúce z poslania a cieľov občianskeho združenia (AZPZ) po dobu môjho členstva v asociácii.

#### VI. VYHLÁSENIE

- Vyhlasujem, že informácie, ktoré som v prihláške uviedol/la sú pravdivé a zaväzujem sa v zmysle zák. č. 428/2002 Z.z., §11 (v znení neskorších predpisov), členskej evidencii AZPZ nahlasovať všetky zmeny, aby mohla byť zaručená ich pravdivosť a aktuálnosť.
- Vyhlasujem, že ako člen/ka AZPZ budem dodržiavať Stanovy AZPZ a ich vykonávacie predpisy.

#### IX. STANOVISKO ORGANIZAČNEJ ZLOŽKY (NEVYPLŇŇA ŽIADATEĽ)

Prihláška hore uvedenej fyzickej osoby/organizácie sa:  **schvaľuje**,  **zamieta**

**Dátum:**

**Podpis:**