Załącznik Nr 2 do Regulaminu Alumni Club PUM

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y ……..……..
Adres do korespondencji ……... posiadająca/y adres e-mail ……..... w związku z uchwałą Kapitułą Alumni Club Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie podjętą w dniu ……

wyrażam zgodę na otrzymywanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany adres e-mail informacji związanych z działalnością informacyjną, promocyjną i integracyjną Alumni Club PUM.

…..…… ……..

(miejscowość, data wypełnienia) (podpis)

Data i podpis przyjmującego oświadczenie (ABK PUM):

Załączniki:

1. *Klauzula informacyjna,*
2. *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,*
3. *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych i publikację wizerunku*