



# Slovensko združenje za zdravljenje bolečine

[info@szzb.si](mailto:info@szzb.si), [www.szzb.si](http://www.szzb.si)

## PRISTOPNA IZJAVA NOVE/GA ČLANA/ICE v SZZB

Ime in priimek: .....

Naslov za prejemanje obvestil: .....

Elektronski naslov:.....

Strokovni naziv: .....

Specializacija: .....

Zaposlitev:.....

Želim postati član/ica Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine ( SZZB )

DA       NE

S podpisom te izjave se obvezujem, da bom izpolnjeval/a pravila SZZB

DA       NE

Želim prejemati obvestila SZZB po elektronski pošti in/ali po pošti na navedeni naslov.

e-pošta       poštni naslov

Želim prejemati gradivo izobraževanj, ki jih izdela in oblikuje SZZB po elektronski pošti in/ali na navedeni naslov.

e-pošta       poštni naslov

S podpisom te izjave potrjujem, da soglašam in dovoljujem zbiranje, shranjevanje in obdelavo mojih osebnih podatkov za potrebe SZZB.

SZZB lahko posreduje moje osebne podatke pogodbenemu partnerju le v primeru, če ta zagotovi, da jih bo obdeloval v skladu z zakonom.

Izjavljam, da sem seznanjen z vsemi svojimi pravicami glede obdelave in pogojev posredovanja mojih osebnih podatkov, ki so navedene v Zakonu o varovanju osebnih podatkov ( Uradni list RS 86/2004). Soglasje je časovno neomejeno in velja do preklica.

V /na/ datum:

Podpis: