**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA****.**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Ogólnopolskiego Stowarzyszania Pracowników Służby Bezpieczeństwa i Higieny Pracy Oddział w Szczecinie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię **...................................................** | Nazwisko **...................................................** | Data urodzenia **...................................................** |
| Adres zamieszkania – kod pocztowy, miejscowość**...................................................................................** | Adres zamieszkania – ulica, nr domu /lokalu**...................................................................................** |
| Numer telefonu**...................................................** | Adres elektroniczny**...................................................** | Data uzyskania uprawnień pracownika służby BHP**...................................................** |

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje służby BHP w rozumieniu Rozporządzenia Rady Ministrów z 2 września 1997 r. w sprawie służby BHP (Dz. U. 109, poz. 704 z późn. zm.).

Zobowiązuję się do aktywnego działania w Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Pracowników Służby Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz przestrzegania postanowień Statutowych, a także stosowania się do uchwał oraz terminowego uiszczania ustalonych składek członkowskich Stowarzyszenia. W razie zmiany danych osobowych, w szczególności danych kontaktowych, prześlę stosowną informację do Zarządu Oddziału. Potwierdzam dane zawarte w deklaracji.

|  |  |
| --- | --- |
| **...........................................................**Miejscowość, data | ..................................................................Podpis składającego deklarację  |

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pracowników Służby Bezpieczeństwa i Higieny Pracy Oddział w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie, ul. Emilii Plater 84a./9, 71-635 Szczecin.

Pani/Pana dane osobowe zawarte w deklaracji przetwarzane będą wyłącznie dla celów Stowarzyszenia i nie będą udostępniane innym odbiorcom. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do przystąpienia do Stowarzyszenia. Dane będą przetwarzane i przechowywane przez okres Pani/Pana członkostwa w OSPSBHP Oddział w Szczecinie.

Zarząd Oddziału potwierdza przyjęcie Pani/Pana ................................................................................. w poczet członków OSPSBHP Oddział w Szczecinie z dniem ......................................................... Nr uchwały ................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Szczecin ........................................... Data | ............................................................Pieczęć oddziału | ............................................................Podpis sekretarza |