**Zgłoszenie działalności   
Studenckiego Koła Naukowego**

**Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego**

**w Szczecinie w roku akademickim 2023/2024**

**Deklaracja członkowska**

**Ja, niżej podpisany Przewodniczący/a SKN, deklaruję przystąpienie mojego SKN do Studenckiego Towarzystwa Naukowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego.**

**Zapoznałem/am się z Regulaminem STN PUM i w pełni zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim zasad i regulacji.**

**Imię i nazwisko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wydział \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok \_\_\_\_\_\_**

**Adres mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numer telefonu komórkowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**W związku z przystąpieniem do Studenckiego Towarzystwa Naukowego (członkostwo w STN), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym dokumencie.**

**Oświadczam, że jestem świadomy następujących kwestii:**

**1. Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym dokumencie jest Studenckie Towarzystwo Naukowe Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (STN PUM).**

**2. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie na potrzeby wewnętrzne STN PUM.**

**3. Moje dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom wyłącznie w celach realizacji projektów lub dotyczących projektów, w których biorę udział.**

**4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości dołączenia do STN PUM.**

**5. Mam dostęp do swoich danych osobowych i przysługuje mi prawo do ich poprawiania.**

**6. Wyrażam zgodę na informowanie mnie o sprawach Towarzystwa za pomocą adresu e-mail i numeru telefonu komórkowego podanych w deklaracji członkowskiej**

**7. Wypełniona i złożona deklaracja członkowska nie podlega zwrotowi.**

**8. Zapoznałem się z aktualnym statutem STN PUM.**

**Szczecin,**

**Podpis przewodniczącego SKN**

| Nazwa koła: |  |
| --- | --- |
| Wydział: |  |
| Pełna nazwa jednostki uczelnianej obejmującej koło: |  |
| Tytuły, imię i nazwisko  kierownika jednostki uczelnianej: |  |
| Adres fizyczny jednostki uczelnianej: |  |
| Tytuły, imiona i nazwiska  Opiekunów koła,  mail kontaktowy: |  |
| Imię i nazwisko Przewodniczącego koła: |  |
| Imię i nazwisko Wiceprzewodniczącego koła: |  |

Lista członków:

| **Lp** | **Imię** | **Nazwisko** | **Wydział** | **Rok** | **E-mail** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |

\*Oświadczam, iż przedstawiłem członkom Regulamin Studenckiego Towarzystwa Naukowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Moje SKN w pełni zobowiązuje się do przestrzegania zawartych w nim zasad i regulacji.

……………………………

Podpis przewodniczącego SKN

Wyrażam zgodę na działalność Studenckiego Koła Naukowego oraz akceptuję powyższą listę członków SKN.

…………………………. ……………………………

Pieczątka i podpis opiekuna SKN Pieczątka oraz podpis kierownika jednostki.