**Zgłoszenie działalności
 Studenckiego Koła Naukowego**

 **Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego**

 **w Szczecinie w roku akademickim 2024/2025**

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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.

***Data i Podpis Przewodniczącego SKN***

| Nazwa koła: |  |
| --- | --- |
| Wydział: |  |
| Pełna nazwa jednostki uczelnianej obejmującej koło: |  |
| Tytuły, imię i nazwiskokierownika jednostki uczelnianej: |  |
| Adres fizycznyjednostki uczelnianej: |  |
| Tytuły, imiona i nazwiskaOpiekunów 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.** |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |

\*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.