Правлінню

Європейської асоціації медицини сну і нейрофізіології

(European Sleep and Neurophysiology Assosiation – ESMANA)

медичний працівник/немедичний працівник

(необхідне підкреслити)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(П.І.Б.)

Контактні дані (тел., email) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу прийняти мене до членів Європейської асоціації медицини сну і нейрофізіології (ESMANA) (надалі за текстом – Асоціація).

Я ознайомився (-лась) зі статутом та надаю згоду на збір, даної інформації відповідно до мети та завдань, викладених у Статуті, та на обробку моїх персональних даних, а також їх подальшого використання згідно Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI з метою включення мене у реєстр Членів Асоціації.

Погоджуюсь на членство та надання моїх особистих даних до загального реєстру Членів Асоціації.

При прийнятті до складу Членів Асоціації гарантую дотримання обов’язків Члена Асоціації, вимог Статуту та інших внутрішніх документів Асоціації, зобов’язуюсь виконувати рішення з’їзду та керівних органів Асоціації, які відповідають чинному законодавству України; сприяти своєю діяльністю досягненню головних цілей i завдань Асоціації; дотримуватись правил етичної поведінки, комерційної конкуренції; вживати заходів для усунення недоліків в роботі i помилок, якщо того вимагають керівні органи Асоціації; інформувати органи Асоціації про факти, які можуть впливати на діяльність Асоціації або про порушення Статуту; інформувати у встановленому порядку Асоціацію про свою діяльність i її результати; регулярно сплачувати членські внески.

Якщо після 90 календарних днів з початку наступного року мого членства в Асоціації мною його не буде продовжено сплатою внеску, визначеного Асоціацією, я обізнаний із варіантом автоматичного виключення мене із складу членів Асоціації.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(особистий підпис)

Контактний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_