Sygnatura nr: _____

IFMSA-Poland
Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny

Kwestionariusz Kandydata

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA NA CZŁONKA KOMISJI REWIZYJNEJ

NAZWISKO:

IMIĘ:

DRUGIE IMIĘ*:

DATA URODZENIA: D D – M M – R R R R

MIEJSCE URODZENIA:

NUMER PESEL:

DATA WSTĄPIENIA DO IFMSA-POLAND: D D – M M – R R R R

ADRES ZAMELDOWANIA KANDYDATA*:

TELEFON:

E-MAIL:

UCZELNIA:

ODDZIAŁ MACIERZYSTY KANDYDATA:

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie na potrzeby realizacji celów statutowych IFMSA-Poland zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883).

..... (MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

..... (PODPIS KANDYDATA)

POLA NA SZARYM TLE POZOSTAWIĆ PUSTE
* JAK W DOWODZIE OSOBISTYM

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny
IFMSA-Poland
ul. Oczki 1A, 02-007 Warszawa
www.ifmsa.pl

IFMSA-Poland
Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny

Kwestionariusz Kandydata

Dotychczasowa działalność na rzecz IFMSA-Poland:

FUNKCJA SPRAWOWANA	LATA SPRAWOWANIA FUNKCJI

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.
Udzielam poparcia kandydatowi na stanowisko członka Komisji Rewizyjnej IFMSA-Poland.

..... (MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

(pieczęć)

..... (PODPIS PREZYDENTA ODDZIAŁU MACIERZYSTEGO DLA KANDYDATA/VPI**)

WYPEŁNIA SEKRETARZ GENERALNY IFMSA-POLAND:

Kandydatura ..... na członka Komisji Rewizyjnej IFMSA-Poland wpłynęła zgodnie z punktami 4.9.1 i 4.9.2 / 4.9.1.1 i 4.9.2*** Regulaminu IFMSA-Poland.

..... (MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

(pieczęć)

..... (PODPIS SEKRETARZA GENERALNEGO IFMSA-POLAND)

** JEŻELI KANDYDATEM JEST PREZYDENT ODDZIAŁU
*** NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny
IFMSA-Poland
ul. Oczki 1A, 02-007 Warszawa
www.ifmsa.pl