

# DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

## Członka zwyczajnego

Ja, niżej podpisany(a) ..... proszę o przyjęcie w poczet członków Stowarzyszenia Absolwentów Instytutu Poligrafii Politechniki Warszawskiej w charakterze członka zwyczajnego. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania praw i obowiązków zgodnie ze Statutem SAIP PW.

### DANE OSOBOWE

Imię/imiona i nazwisko\* .....

Imię/imiona i nazwisko (na dyplomie)\* .....

*(Należy wypełnić w przypadku gdy na dyplomie jest inne nazwisko.)*

PESEL\* 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj studiów:\*  magisterskie,  inżynierskie,  uzupełniające,  podyplomowe

Forma studiów:\*  stacjonarne (dawniej dzienne),  niestacjonarne (dawniej zaoczne),  wieczorowe

Rok ukończenia studiów:\* \_\_\_\_ r. Nr dyplomu/albumu .....

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Adres\* .....

Kod poczt.\* \_\_-\_\_-\_\_, Miejscowość\* ....., Woj. ....

Prywatne: tel.\* (\_\_) \_\_-\_\_-\_\_, kom.\*+48 \_\_-\_\_-\_\_, mail:\* .....

### INFORMACJE O MIEJSCU PRACY

Nazwa firmy\* .....

Adres .....

Kod poczt. \_\_-\_\_-\_\_, Miejscowość ....., Woj. ....

Służbowe: tel.\* (\_\_) \_\_-\_\_-\_\_, kom.\*+48 \_\_-\_\_-\_\_, mail:\* .....

Stanowisko\* ..... Data rozpoczęcia pracy \_\_-\_\_-\_\_ r.

Deklaruję płacić regularnie składkę członkowską ustaloną przez władze statutowe SAIP PW.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji przez Stowarzyszenia Absolwentów Instytutu Poligrafii PW na potrzeby realizacji celów statutowych SAIP PW zgodnie z treścią ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku, O ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 Poz. 883, jednolity tekst: Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.). Mam prawo do wglądu, wnoszenia poprawek oraz usuwania moich danych osobowych.

Data \_\_-\_\_-\_\_ r. Podpis .....

Czy wśród Absolwentów jest Twój małżonek (żona/mąż), Twoje rodzeństwo (siostra/brat), Twoje dzieci (córka/syn)?

Nie , Tak  Wskaż członka(ów) rodziny: .....

*(W przypadku odpowiedzi „Tak” należy wpisać osobę(y) podając imię i nazwisko oraz rok ukończenia studiów, jeżeli jest znany.)*

**UWAGA. Wszystkie pola oznaczone gwiazdką (\*) są obowiązkowe.**

Po wypełnieniu deklarację proszę dostarczyć do siedziby SAIP, odesłać pocztą na adres jak niżej lub skan deklaracji na adres mailowy:

**Stowarzyszenie Absolwentów Instytutu Poligrafii PW ul. Konwiktorska 2, 00-217 Warszawa info@saippw.org**

*Uwagi i adnotacje Zarządu SAIP PW*

Decyzją Zarządu SAIP PW z \_\_-\_\_-\_\_ r. przyjęty(a) w poczet członków SAIP PW w charakterze członka zwyczajnego.  
Nr legitymacji członkowskiej \_\_\_\_

.....  
Podpis Prezesa Zarządu SAIP PW