



OŚWIADCZENIA APLIKANTA

NA WYMIANĘ NAUKOWĄ SCORE

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny

IFMSA – Poland

Ja, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach złożonych na wymianę naukową SCORE, przez IFMSA dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że mam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, prawo sprzeciwu wobec ich przetwarzania w wyżej opisanym celu oraz wobec przekazywania danych innym podmiotom, a także prawo zażądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych / zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz.883/.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Oświadczam iż w sytuacji zakwalifikowania się na wyjazd w ramach SCOPE lub SCORE, wyrażam zgodę na umieszczenie przez IFMSA- Poland mojego imienia i nazwiska na listach ogólnopolskich i lokalnych SCOPE i/lub na listach ogólnopolskich SCORE udostępnianych dla wszystkich członków IFMSA-Poland oraz dla osób trzecich, z podaniem kraju do którego zostałam/em zakwalifikowana/y w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z praktykami wakacyjnymi oraz wymianą naukową organizowanymi w ramach działalności w IFMSA- Poland.

Jednocześnie informuję, że zostałam/em poinformowana/y iż mam prawo odmówić umieszczenia mojego imienia i nazwiska na wyżej wymienionych listach i wiem, że przypadku braku zgody na liście w miejscu imienia i nazwiska pojawi się nazwa mojego Oddziału oraz numer indeksu, zgodnie ze wzorem: NAZWA ODDZIAŁU_nr indeksu.

.....
miejsowość, data

.....
podpis