|  |  |
| --- | --- |
|  | Koło Naukowe Medyków Weterynaryjnych SGGW |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Imię i Nazwisko …………………………………………………...………………………………………….

e-mail: ……………..…………………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy:……………………………………………………………………………………………

Jednostka, w której uczestnik realizuje badania: …………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Warszawa, dnia …………………… r.**

**…………..……………………………………………**

Czytelny podpis uczestnika

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

Administratorem Państwa danych osobowych jest Koło Naukowe Medyków Weterynaryjnych SGGW.

Dane te musimy posiadać w celu umożliwienia udziału w działalności statutowej Koła Naukowego Medyków Weterynaryjnych SGGW.

Dane te zostaną usunięte w terminie 2 miesiące po ukończeniu studiów.

Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i możliwość ich poprawiania.

Wszelkie wątpliwości i wnioski dotyczące przetwarzania danych osobowych proszę kierować na adres: knmw@sggw.pl