



POLSKIE STOWARZYSZENIE
UBEZPIECZONYCH

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA POLSKIEGO STOWARZYSZENIA UBEZPIECZONYCH „EGIDA”

Prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami.

Imiona

Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Telefon kontaktowy

E-mail

Wykonywany zawód

Adres zameldowania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Adres do korespondencji (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania)

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

1. Zgłaszam moją kandydaturę na członka Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych „EGIDA”. Oświadczam, że znane mi są postanowienia Statutu, cele i zadania Stowarzyszenia.
2. Oświadczam, że wszystkie informacje i dane podane w niniejszej deklaracji są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jeżeli którekolwiek z powyższych danych ulegną zmianie, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych „EGIDA”.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych „EGIDA”, zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. z 1997r. Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami) wyłącznie w celu realizacji postanowień statutowych Stowarzyszenia. Dane składał dobrowolnie, posiadam prawo dostępu do ich treści oraz możliwości ich poprawiania.

.....
Czytelny podpis

Do umów ubezpieczenia oferowanych w ramach Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych „Egida” mogą przystąpić osoby, które staną się Członkiem Wspierającym Stowarzyszenia Ubezpieczonych, wypełniając deklarację członkowską oraz deklarację przystąpienia do wybranego programu ubezpieczeniowego.

POLSKIE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH „EGIDA”

Marynin 25B/47, 01-469 Warszawa

tel. 22 535 37 06, tel. kom. 785 541 323

e-mail: biuro@egidastowarzyszenie.pl, www.egidastowarzyszenie.pl

KRS: 0000513782, NIP: 5223017448, REGON: 147326041