**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH CZŁONKÓW STOWARZYSZENIA**

**(ZGŁOSZENIE AKTUALIZACYJNE DANYCH OSOBOWYCH)**

**DANE OSOBOWE**

Nazwisko i imię: ......................................................................................................Nr certyfikatu ..............................

Adres zamieszkania (+kod) ........................................................................................................................................

tel. kom. ........................................................................ e-mail: …………………………………………………………..

**DANE ADRESOWE FIRMY/GABINETU**

Nazwa..........................................................................................................................................................................

Adres biura (+kod):......................................................................................................................................................

tel.............................................................................................. fax ............................................................................

e-mail:............................................................................. www ...................................................................................

**DANE DO NOTY KSIĘGOWEJ (proszę wypełnić tylko w przypadku, jeśli życzy sobie Pani/Pan otrzymywać noty księgowe przy okazji wszystkich opłat na rzecz Stowarzyszenia)**

Nazwa firmy ................................................................................................................................................................

Adres ..........................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

NIP...............................................................................................................................................................................

**INFORMACJE DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO \***

Wykształcenie ................................ ................................................. ............................................. ............................

Dodatkowe kwalifikacje (ukończone kursy, szkolenia) ...............................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

\* Dane dot. posiadanego wykształcenia i kwalifikacji będą wykorzystane wyłącznie do wewnętrznego użytku i informacji Polskiego Stowarzyszenia Neuro-Lingwistycznej Psychoterapii w celu organizacji pracy w organach statutowych i pomocniczych Stowarzyszenia i nie zostaną przekazane żadnym osobom ani instytucjom zewnętrznym.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i ujawnianie powyższych danych w celach statutowych przez Polskie Stowarzyszenie Neuro-Lingwistycznej Psychoterapii oraz Polską Federację Psychoterapii, której Stowarzyszenie jest członkiem.

**OŚWIADCZENIE O NUMERZE NIP**

Oświadczam, że Firma nie jest płatnikiem VAT i posiada nr NIP ..................................................................................

Upoważniam Stowarzyszenie do wystawiania not księgowych, dotyczących wpłat, jakie wniosę na rzecz Stowarzyszenia w celach statutowych bez mojego podpisu.

**Data i czytelny podpis ………………………………………………………………………………………………………………………**