PŘIHLÁŠKA DO PROFESNÍHO SVAZU  
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ  
V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení, titul** |  |
| **Adresa**  **(ulice, město, PSČ)** |  |
| Mobilní telefon |  |
| Email (soukromý) |  |
| Úplný název zařízení |  |
| Adresa  (ulice, město, PSČ) |  |
| IČO |  |
| Telefon |  |
| Email (pracovní) |  |
| www stránky |  |
| Fakturu vystavit na |  |

V souladu s nařízením EU o ochraně osobních údajů (GDPR) eviduje APSS ČR osobní údaje předané pro registraci do Profesního svazu. Tímto dávám souhlas s evidencí osobních údajů uvedených v přihlášce do Profesního svazu zdravotnických pracovníků.

|  |  |
| --- | --- |
| Dne: |  |
| Podpis: |  |