**PRISTOPNA IZJAVA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ime in priimek\* |  | Spol\* | M Ž |
| Naslov prebivališča\* |  |
| Pošta\* |  | Poštna številka\* |  |
| Datum rojstva\* |  |
| Telefon |  |
| Elektronska pošta\* |  |
| Univerza\* | Univerza v Mariboru |
| Fakulteta\* | Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo |
| Program\* |  | Letnik\* | 1 2 3 |

Polja označena z zvezdico (\*), so obvezna.

S podpisom izjavljam, da želim postati član/-ica Društva Kemik FKKT UM in da sem
seznanjen/-a s statutom društva. Društvu dovoljujem zbiranje, obdelavo in uporabo mojih osebnih podatkov za potrebe delovanja društva v skladu z zakonom o varstvu osebnih podatkov.

Kraj in datum: ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis:­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IZPOLNI ČLAN IZVRŠNEGA ODBORA DRUŠTVA

Pogoji za včlanitev v društvo **SO NISO** izpolnjeni.

Članska številka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis in žig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_