



SOUHLAS SE SDÍLENÍM INFORMACÍ MEZI ČNS A ERA

Já, _____, datum narození _____ uděluji
souhlas výboru České nefrologické společnosti, aby poskytl European Renal
Association (ERA) mé osobní údaje dle níže uvedeného výčtu. Použití těchto
údajů je účelově omezeno na ustanovení mého členství v ERA formou
přidruženého členství s ČNS.

Souhlasím, aby byly ERA poskytnuty tyto mé osobní údaje z registru členů ČNS:

- Příjmení
- Křestní jméno
- Datum narození
- Emailová adresa

Datum:

Podpis: