

**Zrzeszenie Studentów z Niepełnosprawnościami  
Politechniki Krakowskiej im. Tadeusza Kościuszki**

31-866 Kraków, ul. Skarżyńskiego 9, pok. 617

e-mail: [angelika.kopec@pk.edu.pl](mailto:angelika.kopec@pk.edu.pl)

www: <http://www.zsn.pk.edu.pl>

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

Nazwisko	
Imię	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Adres w Krakowie	
Adres e-mail	
Telefon	
Wydział i rok studiów	
Symbol i stopień niepełnosprawności	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Zrzeszenia Studentów z Niepełnosprawnościami PK (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami))”

.....

*miejsowość, data*

.....

*podpis*

Po zapoznaniu się ze Statutem proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych PK.

.....

*miejsowość, data*

.....

*podpis*

Zarząd Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych przyjmuje z dniem .....  
20..... roku kol. ....  
w poczet członków ZSZN PK.

.....

*podpis Przewodniczącego Zrzeszenia*