



## DELO Z OSEBAMI S PRIDOBLJENO MOŽGANSKO POŠKODBO

S podpisom te prijavnice izrecno dovoljujem, da Socialna zbornica Slovenije moje osebne podatke uporablja v skladu in na način, določen v 72. členu Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP – 1, Ur. l. RS št. 86/04 in 113/05) ter v skladu z določbami svojega Pravilnika o varovanju osebnih podatkov z dne 7.6.2007, to je za namene neposrednega trženja (zlasti za informiranje o organiziranih izobraževanjih, posvetih in drugih oblikah srečevanj in dejavnosti, ki jih opravlja in organizira zbornica z uporabo poštnih storitev, telefonskih klicev, elektronske pošte ali drugih telekomunikacijskih sredstev). Posameznik lahko pisno kadarkoli zahteva, da zbornica trajno ali začasno preneha uporabljati njegove podatke za namen neposrednega trženja.

a) DA

b) NE

Ime in priimek: .....

Telefon: .....

E-pošta: .....

Naziv delodajalca: .....

Članstvo v Socialni zbornici Slovenije (označite):

individualni/a član/ica

kolektivni/a član/ica

drugo: .....

Podpis udeleženca: .....

Plačnik računa: .....

Datum: .....

Podpis plačnika: .....

**Prijavite se lahko preko spletne strani Socialne zbornice Slovenije,  
ali pošljete prijavnico v skenirani obliki, po faksu ali pošti**