**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΜΕΛΩΝ**

**του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΧΑΝΙΩΝ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Του Ιατρού** | | **Προς τον Ιατρικό Σύλλογο Χανίων** |
| Επώνυμο:  Όνομα:  Όνομα Πατρός:  Ειδικότητα:  Τακτικό Μέλος του Συλλόγου:  ΑΜΚΑ:  Τηλ. :  e-mail: |  | **Παρακαλώ να με εγγράψετε στο Ειδικό Μητρώο Μελών του Συλλόγου σας προκειμένου να δραστηριοποιηθώ επαγγελματικά και στην περιφέρεια του Ιατρικού Συλλόγου Χανίων.** |

Σχετικώς υποβάλλω τα από το Νόμο απαιτούμενα δικαιολογητικά.

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……
3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……
4. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……
5. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……
6. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

***Α. Για την επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα***

O κάτωθι υπογράφων επιβεβαιώνω την ορθότητα και ακρίβεια των προσωπικών μου στοιχείων και δηλώνω ότι έχω λάβει και κατανοήσει πλήρως την Ενημέρωση / Πολιτική Προστασίας Δεδομένων των Μελών του Ιατρικού Συλλόγου Χανίων, η οποία διατίθεται σε έντυπη μορφή από τον ΙΣΧ και είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΙΣΧ ([www.ischanion.gr](http://www.ischanion.gr)).

***Β. Συγκατάθεση για επικοινωνία από τον ΙΣΧ***

Επίσης με την παρούσα παρέχω τη συγκατάθεση μου προκειμένου ο Ιατρικός Σύλλογος Χανίων να επικοινωνεί μαζί μου προκειμένου να με ενημερώνει σχετικά με εκδηλώσεις ή/και νέα του Συλλόγου και σημαντικές δράσεις του Ι.Σ.Χ. για την διασφάλιση των επαγγελματικών συμφερόντων των ιατρών και την προαγωγή της ιατρικής, προσέχεις, επιστημονικές επαγγελματικές εκπαιδευτικές εκδηλώσεις, σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια, τρέχουσες πολιτικές, οικονομικές και νομικές εξελίξεις .

*(Επιλέγετε όσα μέσα επικοινωνίας επιθυμείτε)*

* Μέσω e-mail
* Μέσω sms
* Mέσω τηλεφωνικών κλήσεων

***Γ. Συγκατάθεση για επεξεργασία δεδομένων για άλλους σκοπούς:***

*(Σημειώνεται ΝΑΙ / ΟΧΙ)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Συναινώ στην ανάρτηση των στοιχείων επικοινωνίας μου και της επαγγελματικής μου έδρας στην σελίδα του Ιατρικού Συλλόγου Χανίων. |  |  |
| Συναινώ στη διάθεση των προσωπικών μου στοιχείων σε τρίτους αποκλειστικά για επιστημονικούς και επαγγελματικούς σκοπούς (ονοματεπώνυμο, ειδικότητα, διεύθυνση ιατρείου, τηλέφωνο ιατρείου). |  |  |
| Συναινώ στην κοινοποίηση των στοιχείων επικοινωνίας μου για ζητήματα συναφή με τις αρχαιρεσίες του Συλλόγου. |  |  |

Η Παρούσα δήλωση συγκατάθεσης μπορεί να ανακληθεί ελεύθερα οποιαδήποτε στιγμή, αποστέλλοντας σχετικό e-mail στον Ι.Σ.Χ. ([info@ischanion.gr](mailto:info@ischanion.gr))

Χανιά ….… /……. /202…

Υπογραφή