



Dane podstawowe:			
Imię/Imiona *			
Nazwisko *			
PESEL *		Płeć *	
		kobieta / mężczyzna +	
Dane teleadresowe:			
Ulica *		Nr domu *	Nr lokalu *
Miejscowość *		Województwo *	
Kod pocztowy *		Poczta *	
Telefon domowy		Telefon komórkowy	
Adres e-mail (wykorzystywany m.in. do przesłania powiadomienia o założeniu konta)			
Osoba zatrudniona:			
Nazwa miejsca pracy *			
Adres miejsca pracy *			
Zawód wykonywany *			
Informacje dodatkowe (np. opis związku ze środowiskiem medycznym, jeżeli nie wynika bezpośrednio z zatrudnienia)			

* - obowiązkowe, jeżeli istnieje

+ - niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w systemie informatycznym biblioteki w celu realizacji usług bibliotecznych. Ich administratorem jest Biblioteka Medyczna Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika z siedzibą: ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.

Oświadczam, że informacje uzyskane przeze mnie z baz danych udostępnionych przez Regionalne Centrum Informacji Medycznej posłużą mi tylko i wyłącznie dla celów własnych o charakterze niekomercyjnym.

Oświadczam, iż zapoznałem się z regulaminem i akceptuję jego postanowienia.

Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
(data).....
(czytelny podpis)