

# საქართველოს კომპლემენტარული და ალტერნატიული მედიცინის ნაციონალურ ცენტრს

სახელი, მამის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი	
დაბადების თარიღი და ადგილი	
საცხოვრებელი ადგილის მისამართი / რეგისტრაცია (ქალაქი, რაიონი, ქუჩა, სახლი, კორპუსი, ბინა)	
სამუშაო ადგილი (საქმიანობა)	

განათლება
პირადობის დამადასტურებელი საბუთი (ნომერი)
საკონტაქტო ტელეფონები (ბინა, მობილური)
E-mail

## განცხადება

გთხოვთ მიმიღოთ საქართველოს კომპლემენტარული და ალტერნატიული მედიცინის ნაციონალური ცენტრის წევრად. (შემდგომში - ცენტრი) ცენტრის წესდებებს და პროგრამას გავეცანი და ვაღიარებ. ვალდებულებას ვიღებ მონაწილეობა მივიღო ცენტრის და მისი ქვედანაყოფის საქმიანობაში, ჩემი კვალიფიკაციისა და შესაძლებლობების მიხედვით.

თანხმობას ვაცხადებ ჩემს შეტყობინებაზე, ცენტრის ნებისმიერი ღონისძიებების ჩატერების შეასხებ (მათ შორის კონფერენციები, საერთო კრებები და ასე შემდეგ) ფოსტით, ელექტრონული ფოსტით, ტელეფონით, უშუალოდ (პირადი კონტაქტი). ტელეფონის, ელექტრონული ფოსტის, საცხოვრებელი ადგილის შეცვლისას ვალდებულებას ვიღებ ერთი კვირის განმავლობაში შევატყობინო ზემოთაღნიშნულის შესახებ ცენტრის წევრთა აღრიცხვიანობის ორგანოს.

პერსონალური მონაცემების დამუშავებაზე თანხმობა:  
საქართველოს კომპლემენტარული და ალტერნატიული მედიცინის ნაციონალურ ცენტრს და მის შესაბამის სტრუქტურულ ქვედანაყოფს უფლებას ვაძლევ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობისა და ცენტრის წესდების საფუძველზე დაამუშავოს, შეინახოს და საჭიროების შემთხვევაში გადასცეს ჩემი პერსონალური მონაცემები.

2013 რ.

თარიღი

ხელმოწერა