

Přihláška
za mimořádného člena České společnosti fyziků v medicíně, z.s.
pro fyzickou osobu

Příjmení:	Jméno:		
Tituly:	Datum narození:		
Oblast působnosti (i více možností, volbu provádějte křížkem: ☒)			
<input type="checkbox"/> radiodiagnostika	<input type="checkbox"/> nukleární medicína	<input type="checkbox"/> radioterapie	<input type="checkbox"/> radiační ochrana
<input type="checkbox"/> radiobiologie	<input type="checkbox"/> vzdělávání	<input type="checkbox"/> výzkum a vývoj	<input type="checkbox"/> výroba a obchod
<input type="checkbox"/> jiné:			
Adresa:	<input type="checkbox"/> Pracoviště	<input type="checkbox"/> Školy	
Kontaktní adresa:			
Kontaktní e-mail:			
Kontaktní telefon:			
Přihlašuji se za mimořádného člena České společnosti fyziků v medicíně, z.s. a souhlasím s posláním a cíli této společnosti.			
Datum:		Podpis:	
<input type="checkbox"/> Souhlasím s tím, aby byly v neveřejné části webových stránek ČSFM uvedeny mé následující údaje: jméno, příjmení, tituly, adresa pracoviště*, telefon na pracoviště*, kontaktní e-mail*, kontaktní telefon*. *Nehodící se škrtněte.			
<input type="checkbox"/> Souhlasím s tím, že na kontaktní e-mail budu dostávat hromadné informace týkající se činnosti ČSFM. Každý člen ČSFM má právo přístupu ke svým osobním údajům na webových stránkách ČSFM a je odpovědný za jejich správnost, kompletnost, pravdivost a průběžnou aktualizaci.			
Datum:		Podpis:	
Stanovisko Výboru České společnosti fyziků v medicíně, z.s.			
Přijat dne:	Členské číslo ČSFM:	Podpis předsedy Výboru:	

Naskenovanou vyplněnou a podepsanou přihlášku zašlete e-mail clenstvi@csfm.cz.

Datum vydání: 1.10.2024