

NYILATKOZAT

Alulírott

Vezetéknév:

Keresztnév:

Telefonszám:

Email cím:

Lakcím:

Ezennel aláírással igazolom, hogy hozzájárulok ahhoz, hogy a

Magyar Akupunktúra és Moxaterápiás Egyesület

a részére megadott adataimat a szükséges ideig tárolja, kezelje. Kijelentem, hogy az Adatvédelmi Tájékoztatót megismertem, megértettem, annak tartalmát teljes mértékben elfogadom. Kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak mindenben megfelelnek, továbbá hozzájárulok, hogy a Magyar Akupunktúra és Moxaterápiás Egyesület az adataimat az Adatvédelmi Tájékoztatóban foglaltak szerint kezelje.

Dátum:

Aláírás: