

**Příhláška**  
**za mimořádného člena České společnosti fyziků v medicíně, z.s.**  
**pro právnickou osobu**

Název:

Adresa:

IČO:

e-mail:

Telefon:

DIČ:

Statutární zástupce (jméno, funkce):

Kontaktní adresa:

Kontaktní e-mail:

Kontaktní telefon:

Oblast působnosti (i více možností, volbu provádějte křížkem: ☒)

radiodiagnostika

nukleární medicína

radioterapie

radiační ochrana

radiobiologie

vzdělávání

výzkum a vývoj

výroba a obchod

jiné:

Přihlašuji se za mimořádného člena České společnosti fyziků v medicíně, z.s. a souhlasím s posláním a cíli této společnosti.

Datum:

Podpis:

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.

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](mailto:clenstvi@csfm.cz).

Datum vydání: 1.2.2023