

Belépési nyilatkozat

Kérem felvételemet a Magyarországi Klinikai Vizsgálatszervezők Társaságába.

Név /nyomtatott/:

Szül. hely, dátum:

Állampolgárság: /ha nem magyar

Elérhetőségi cím:

Munkahely:

Munkahely címe:

E-mail:

Fax:-

Mobil:

Végzettség: Beosztás:

Szakképzettség:

Klinikai kutatásban eltöltött idő: Szakmai vizsga /CRA/:

Szakmai tanfolyam /CRA/:

A jelölt munkaterületen szívesen dolgoznék a Társaságban:

Szakmai minimum

Tagtoborzás

Kongresszus-
szervezés

CRA képzés

Érdekvédelem

Szakmai etika

Betegszervezetek

Minőségbiztosítás

Study nurse képzés

H1037 BUDAPEST, BOKOR U. 15-21. 3 em. 37 OTP: 11712004-29907188



a MOTESZ tagja

Megértettem, hogy az MKVT adatkezelésére az *Általános Adatvédelmi Rendelet (GDPR)* és az *információs önrendelkezési jogról és információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény* irányadó. Az adatszolgáltatás önkéntes.

Az adatkezelés célja az MKVT által vállalt szolgáltatások és kötelezettségek teljesítése, jogok érvényesítése, a tagság, azonosítása, a tagsággal való kapcsolattartás és kommunikáció.

Aláírással hozzájárulok ahhoz, hogy nevem és levélcímem a Társaság web-lapján megjelenjen.

Aláírással hozzájárulok, hogy az MKVT részemre postai úton levelet, elektronikus úton e-mailt küldjön. Ezen hozzájáruló nyilatkozat nem vonatkozik a kezelt adatok harmadik személy részére történő átadására, ez a törvényben írt kivételekkel kizárólag az előzetes hozzájárulásommal történhet. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor korlátozás, feltétel és indokolás nélkül visszavonható. Kijelentem, hogy ezen hozzájárulásomat önkéntesen, minden külső befolyás nélkül, a megfelelő tájékoztatás és a vonatkozó jogszabályi rendelkezések ismeretében tettem meg.

Kijelentem, hogy a MKVT Adatvédelmi Szabályzatát megismertem.

A kérelmező aláírása:

Dátum:

A felvételt támogatjuk:

név

név

.....
aláírás

.....
aláírás

.....
dátum

.....
dátum

Érkezett:

Felvéve a Társaságba:

Dátum

.....

Aláírás

.....