



Wniosek o zmianę danych członka DXN

MEMBERSHIP DATA UPDATE REQUEST FORM ver:HQIT 001

Dane aktualizuje formularz wniosku ver: 001 HQIT

- Proszę wypełnić odpowiednie pola. Niekompletne wnioski nie będą rozpatrywane.

Szczegóły wnioskodawcy (*Requester Details*)

Nazwisko i Imię wnioskodawcy (*Requester Name*):

Kod użytkownika (*Kod*):

Dane członka DXN:

Nazwisko Imię (*Name*): _____

Data urodzenia (*Date of Birth*): _____

Dzień / miesiąc / rok (*DD / MM / RR*)

Informacje kontaktowe (*Kontakt Information*)

Adres (*Address*): _____

Kod pocztowy (*Postcode*): _____ Miasto (*Town*): _____

Województwo (*State*): _____ Kraj (*Country*): _____

Telefon (*Tel.*): _____ Tel. komórkowy (*KomórkaNo.*): _____

Email: _____

Potwierdzam, że wszystkie dane osobowe podane powyżej są prawdziwe.

- Wyrażam zgodę dla DXN na przetwarzanie moich danych osobowych przekazanych zgodnie przepisami ochrony danych osobowych.

Podpis Wnioskodawcy (*podpis*) _____

Imię , Nazwisko: _____ Data (*Data*): _____

Pre použitie pobočky (*For Branch use*)

Scvhálil (*Endorsed by*): _____

Meno (*Name*): _____

Pozícia (*Position*): _____

Dátum (*Date*): _____

Pre použitie GIT (*For GIT Use*)

Skontroloval (*Checked by*): _____

Meno zástupcu (*Officer Name*): _____

Pozícia (*Position*): _____

Dátum (*Date*): _____

