

DEKLARACJA

Po zapoznaniu się ze statutem Stowarzyszenia Filmowców Polskich proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia.

Imię **Drugie Imię**

Nazwisko

Nazwisko Rodowe **Pseudonim Artystyczny**

Data Urodzenia **Miejsce Urodzenia** **Imię Ojca**

Imię Matki **Nazwisko Rodowe Matki**

DANE IDENTYFIKACYJNE

PESEL **NIP** **Seria i nr Dowodu Osobistego**

Organ Wystawiający **Miasto/Dzielnica/Gmina** **Województwo**

ADRES ZAMELDOWANIA

Miejscowość **Kod Pocztowy** **Ulica, nr domu, nr mieszkania**

Dzielnica/Gmina **Województwo**

ADRES DO KORESPONDENCJI

Miejscowość **Kod Pocztowy** **Ulica, nr domu, nr mieszkania**

Dzielnica/Gmina **Kraj**

Tel. do pracy **Tel. Komórkowy** **Tel. Domowy**

E-mail **Nr Faksu**

Zawód

Poziom Wykształcenia*

Szkoły

*Załączyć odpis dyplomu a w przypadku niedokończonych studiów podać liczbę semestrów

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ

od	do	miejsce pracy – nazwa, adres	charakter pracy

WYKONANE PRACE TWÓRCZE - FILMY

Lp.	nazwa – tytuł	rok	funkcja

WYKONANE PRACE TWÓRCZE – FILMY c.d.

Lp.	nazwa – tytuł	rok	funkcja

POSIADANE NAGRODY KRAJOWE I ZAGRANICZNE

--

CZŁONKOWSTWO W INNYCH ORGANIZACJACH SPOŁECZNYCH

--

Wyrażam zgodę na potrącenia z moich poborów składek i opłat członkowskich, opłat z tytułu Kasy Pogrzebowej oraz innych świadczeń uchwalonych przez Walny Zjazd i zobowiązuję się do przestrzegania Statutu SFP.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych, Dziennik Ustaw Nr 133, poz. 883)

miejsowość	data	podpis
-------------------	-------------	---------------

W załączeniu dwie fotografie.

