



## PRISTOPNA IZJAVA

Podatki o donatorju (izpolni se s tiskanimi črkami):

Ime:

Priimek:

Spol:

Datum rojstva:

\*Davčna številka:

Domači naslov:

\* Telefon:

\* Elektronski naslov:

\* Zaposleni pri:

\* neobvezno

S podpisom te pristopne izjave potrjujem, da pristopam k Zavodu Skilliaup kot donator ter v celoti sprejemam Statut Zavoda Skilliaup in druge akte zavoda. Zavezujem se k rednemu plačevanju donacije v skladu z določili statuta in dogovorjenimi pogoji.

Dovoljujem, da Zavod Skilliaup zbira, obdeluje in hrani moje osebne podatke za naslednje namene: vodenje evidence donatorjev, spremljanje gibanja števila donatorjev, izvajanje izobraževanj, nudenje pravne pomoči in priprava statističnih analiz in poročil.

Dovoljujem, da se moji osebni podatki zbirajo za namene Zavoda Skilliaup (označi).

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_