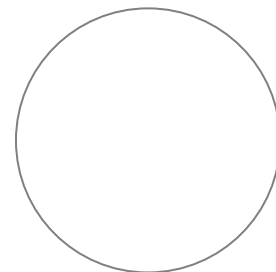




ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΓΕΩΠΟΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ
ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Παρακαλούμε συμπληρώνετε τα προσωπικά σας στοιχεία βάσει της ταυτότητά σας, με κεφαλαία και ευδιάκριτα γράμματα.

| | | | |
|--------------|--|------------------|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ | | ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ | |
| ΟΝΟΜΑ | | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ | | ΠΕΡΙΟΧΗ | |
| ΑΦΜ | | Τ.Κ. | |
| ΔΟΥ | | ΤΗΛΕΦΩΝΟ | |
| Email | | ΓΡΑΜ/ΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ | |
| | | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ | |
| | | | |

Ο κάτωθι υπογράφων, δηλώνω **ρητά και χωρίς επιφύλαξη** (σύμφωνα με το άρθρο 6.1^α του Κανονισμού ΕΕ 2016/679 (GDPR)), ότι αφού ενημερώθηκα επαρκώς με απλό, σαφή και κατανοητό τρόπο σχετικά με την τήρηση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από το Ινστιτούτο δίνω με την παρούσα τη συγκατάθεσή μου για τους ακόλουθους σκοπούς:

1. Πληροφόρηση, προώθηση και εμπορική επικοινωνία προϊόντων και υπηρεσιών τις οποίες ενδιαφέρομαι να λάβω ή έχω ήδη λάβει από εσάς ακόμη και με αυτοματοποιημένα μέσα όπως π.χ. μέσω τηλεφώνου, SMS, MMS, FAX, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και διαδικτύου.

Συναιώ Δεν Συναιώ

2. Την καταχώρηση και τήρηση των προσωπικών μου δεδομένων στις ηλεκτρονικές πλατφόρμες του Ινστιτούτου με πρόσβαση αποκλειστικά από τους υπεύθυνους του Ινστιτούτου.

Συναιώ Δεν Συναιώ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

παρατηρήσεις

Κατάθεση (25 €)

αρ. αίτησης

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|