

Kosmetikų ir kosmetologų asociacijos valdybai
Reg. adresas: Vilnius, Laisvės pr. 60-1107, LT-05120, Lietuva
Kontaktinis el. pašto adresas info@kkal.lt

PRAŠYMAS

(Data)

Aš, _____, prašau priimti mane **TIKRUOJU/ASOCIJUOTU** nariu

(Vardas, Pavardė arba įmonės pavadinimas)

(pabraukti narystės tipą)

į Kosmetikų ir kosmetologų asociaciją Lietuvoje (toliau – Asociacija). Įsipareigoju laikytis Asociacijos įstatų ir sąžiningai naudotis nario teisėmis.

Pateikiu šiuos duomenis:

Gimimo data (fizinis asmuo)/

Įmonės kodas (juridinis asmuo): _____

Adresas (korespondencijai): _____

Kontaktinis telefono numeris: _____

Elektroninio pašto adresas: _____

Darbovietės pavadinimas: _____

Darbovietės/įmonės el. svetainė: _____

Darbo/įmonės veiklos stažas: _____

Teikiamos grožio paslaugos:

Pažymėkite X.

Nepažymėjus - laikoma, kad.

tos paslaugos neteikiate/nesiūlote.

- ☐ Kosmetinė veido priežiūra ☐ Kosmetinė kūno priežiūra ☐ Masažai (veido/kūno)
☐ Manikiūras/pedikiūras ☐ Depiliacija ☐ Makiažas ☐ Ilgalaikis makiažas ☐ Auskarų vėrimas
☐ Procedūros su rūgštimis ☐ Blakstienų/antakių dažymo/korekcijos procedūros
☐ Lipolitinės aparatinės procedūros (lipokavitacija, krioterapija, kt.) ☐ Elektrostimuliacija
☐ Injekcinės proc. ☐ Gilaus terminio poveikio procedūros (ultragarsas/radiodažnis/lazeris)
☐ Kita (įrašykite) _____

Studento/mokinio pažymėjimo nr.: _____

Mokymo įstaigos pavadinimas: _____

Prisegami išsilavinimą patvirtinantys dokumentai (priedai) (pažymėkite):

- ☐ Diplomo (-ų) kopija (-os)
☐ Studento/mokinio pažymėjimo kopija

Įsipareigoju pervesti į Asociacijos sąskaitą stojimo ir/ar metinį narystės mokestį pagal nurodytus einamųjų metų įkainius. Esu informuotas (-a), kad narystė įsigalioja nuo mokesčio perlaidos datos ir kad narystė anuliuojama, laiku nesumokėjus narystės pratęsimo mokesčio arba dėl kitų priežasčių, nurodytų Asociacijos įstatuose.

Rekvizitai perlaidai:

Kosmetikų ir kosmetologų asociacija, įm. kodas: 302303554

Sąskaitos Nr. LT057300010113894359, „Swedbank“

Perlaidos pavadinimas: **Stojimo ir(ar) metinis narystės mokestis** (perlaidoje nurodykite už kuriuos metus).

Pažymėkite, jeigu sutinkate:

- ☐ **SUTINKU**, kad mano (JURIDINIO NARIO) duomenys (logotipas ir nuoroda į el. svetainę) arba mano (FIZINIO NARIO) duomenys (vardas, pavardė, miestas) būtų viešinami KKAL el. svetainėje <https://kkal.lt/> ar kitais būdais.
☐ **SUTINKU** gauti naujienas, pasiūlymus ir kitą informaciją, susietą su Asociacijos veikla, Prašyme nurodytais savo kontaktais.

Pasirašydamas (-a) Prašymą, patvirtinu, kad susipažinau su Asociacijos įstatais, privatumo politika ir visi Prašyme pateikti duomenys yra teisingi bei įsipareigoju informuoti Asociaciją apie šių duomenų pasikeitimą. Taip pat išreiškiu sutikimą, kad mano asmens duomenys būtų tvarkomi ir saugomi Asociacijoje, remiantis LR asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu Nr. XIII-1426. Esu supažindintas (-a) su teise nesutikti dėl asmens duomenų tvarkymo*

(Įmonės atstovo pareigos)

(Vardas, pavardė)

(Parašas)

***Pastaba:** Prašymas negali būti svarstomas ir asmuo negali būti priimtas į Asociacijos narius, jei asmuo nesutinka, kad Prašyme nurodyti duomenys būtų tvarkomi Kosmetikų ir kosmetologų asociacijos veiklos tikslais, kaip nurodyta Asociacijos įstatuose ir jos privatumo politikoje.