

Formularz zgłoszeniowy do Studenckiej Kliniki Finansów

Łódź, dn _____ r.

I. DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O KONSULTACJĘ:

1. **Imię i nazwisko:** _____
2. **Miejsce zamieszkania:** _____

3. **Nr telefonu:** _____
4. **Adres e-mail:** _____
5. **Wykształcenie. Wykonywany zawód:** _____

6. **O działalności Studenckiej Kliniki Finansów dowiedziałem/am się z** _____

7. **Wcześniej korzystałem/am, nie korzystałem/am z konsultacji w Studenckiej Klinice Finansów (właściwe proszę podkreślić)**
8. **W przypadku wcześniejszego korzystania z konsultacji w Studenckiej Klinice Finansów proszę napisać kiedy, ile razy i w jakiej sprawie** _____

II. OŚWIADCZENIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O KONSULTACJĘ

Podpisanie poniższych oświadczeń jest warunkiem skorzystania z konsultacji w ramach Studenckiej Kliniki Finansów. Jeżeli którykolwiek z punktów jest niezrozumiały prosimy go nie podpisywać i zwrócić się o wyjaśnienie.

Łódź, dn. _____ r.

Ja (imię i nazwisko _____) niniejszym oświadczam, że:

1. Jestem osobą ubogą lub znajdującą się w trudnej sytuacji materialnej.

podpis

2. Korzystam/nie korzystam z pomocy adwokata, radcy prawnego, doradcy finansowego, doradcy inwestycyjnego, maklera giełdowego, doradcy podatkowego, agenta lub brokera ubezpieczeniowego, brokera reasekuracyjnego, usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych, w sprawie zgłoszonej do konsultacji w Studenckiej Klinice Finansów. (właściwe podkreślić)

podpis

3. Przyjmuję do wiadomości, że konsultacji udzielał będzie student Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego, a nie zawodowy doradca finansowy.

podpis

4. Przyjmuję do wiadomości, że konsultacja udzielana jest wyłącznie na moje ryzyko.

podpis

5. Przyjmuję do wiadomości, że jakkolwiek odpowiedzialność odszkodowawcza studenta, Studenckiej Kliniki Finansów, Instytutu Finansów, Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego, Uniwersytetu Łódzkiego, Kierownika i opiekunów Studenckiej Kliniki Finansów, Pracowników lub współpracowników Uniwersytetu Łódzkiego jest wyłączona, z wyjątkiem wypadku wyrządzenia szkody z winy umyślnej. Oznacza to, że jedynie w przypadku kiedy student, pracownik naukowy bądź inna osoba pracująca w Klinice w sposób umyślny wyrządzi szkodę, odpowiada ona na zasadach określonych w kodeksie cywilnym. W innych przypadkach odpowiedzialność jest wyłączona.

podpis

6. **Przyjmuję do wiadomości, że student działający w Studenckiej Klinice Finansów, ani inne osoby działające w ramach Studenckiej Kliniki Finansów nie mogą odmówić zeznań na temat faktów, o których dowiedziały się w toku prowadzenia sprawy. Oznacza to, że są one zobowiązane wyczerpująco odpowiadać na pytania sądu, prokuratora, Policji lub innego uprawnionego organu.**

podpis

7. **Przyjmuję do wiadomości, że porady są udzielane wyłącznie na piśmie.**

podpis

8. **Z chwilą zgłoszenia sprawy do konsultacji zostałem/am poinformowany/a przez studenta o warunkach udzielenia konsultacji oraz otrzymałem na piśmie informację w tym przedmiocie.**

podpis

9. **Zapoznałem/am się z Regulaminem Studenckiej Kliniki Finansów.**

podpis

10. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Studencką Klinikę Finansów, w tym danych o stanie zdrowia, w celach związanych z udzielaną przez studentów działających w Studenckiej Klinice Finansów konsultacją, jak również w celach związanych z edukacją studentów. (Zainteresowany ma prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. Nr 133 poz. 883 z 1997 r. z późn. zm.)**

podpis

11. **Zezwalam/nie zezwalam na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych lub dydaktycznych poza Studencką Kliniką Finansów.**

podpis

12. **Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza zgłoszeniowego i powyższych oświadczeń nie jest równoznaczne z przyjęciem sprawy przez Studencką Klinikę Finansów.**

podpis

IV. WYKAZ KOPII ZAŁĄCZONYCH DOKUMENTÓW

Lp.	DOKUMENT
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	

Niniejszym zwracam się o udzielenie konsultacji przez Studencką Klinikę Finansów i jednocześnie wyrażam zgodę na jej udzielenie w zakresie opisanego problemu, na zasadach i warunkach powyżej określonych.

_____ data i podpis

Str. _____ z _____