

POLSKIE TOWARZYSTWO STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Zgłaszam chęć przystąpienia do Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej

DANE PERSONALNE

Imię i Nazwisko:

Adres miejsca zamieszkania:

(ulica, kod pocztowy, miejscowość)

Tel: fax: e-mail:

Data i miejsce urodzenia:

Pesel:

Stopień lub tytuł naukowy:

Rok ukończenia studiów i nazwa uczelni:

Specjalizacja:

Miejsce pracy:

Przynależność do innych organizacji zawodowych:

Jakie są Twoje oczekiwania wobec Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej

.....
.....
.....

Oświadczam, że chcę zostać członkiem Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej i po zapoznaniu się z jego Statutem wyrażam na niego zgodę.

┌

┐

└

┘

Pieczętka

.....
Data

.....
Własnoręczny podpis

Wyrażam zgodę na wprowadzanie i przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej moich danych osobowych w celach statutowych, zgodnie z Ustawą z dn. 29. 08. 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr. 133 pozycja 883).

.....
Własnoręczny podpis