

DEKLARACJA CZŁONKA
POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Zwracam się z prośbą do Zarządu Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego o przyjęcie*/przywrócenie* (niepotrzebne skreślić) mnie w poczet członków Towarzystwa. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Towarzystwa, a w przypadku przyjęcia zobowiązuję się do ich przestrzegania, aktywnego uczestnictwa w działalności Towarzystwa i wypełniania uchwał władz Towarzystwa. Zgodnie ze statutem zobowiązuję się do terminowego przekazywania ustalonych składek.

- 1. Imię i Nazwisko:**
- 2. Zawód:**
- 3. Uczelnia i rok uzyskania dyplomu:**
- 4. Stopień naukowy:**
- 5. Specjalizacje:**
- 6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza:**
- 7. Obecne zatrudnienie (adres):**
- 8. Zajmowane stanowisko:**
- 9. Dane do kontaktu:**

adres:

telefon:

e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego (będącego administratorem tych danych) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis)

Dane do kontaktu:

Adres do korespondencji:
skr. pocztowa nr 15
01-748 FUP Warszawa 86

kontakt@ptol.org.pl

siedziba P.T.O.L.: Al. Jerozolimskie 85, lok. 21
02 – 001 Warszawa

www.ptol.org.pl