



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

POLSKIEGO TOWARZYSTWA LECZENIA OPARZEŃ

(miejsce i data wypełnienia deklaracji)

Imię / Imiona _____

Nazwisko _____

Data urodzenia (dzień/m-c/rok) _____

Pesel: _____

Nazwa ukończonej uczelni/szkoły

Rok ukończenia szkoły _____

Uzyskany tytuł zawodowy _____

Specjalizacja/e _____

Uzyskany tytuł naukowy _____

Miejsce pracy:

Nazwa instytucji _____

Klinika/Oddział/inne _____

Stanowisko _____

Adres zamieszkania:

Kod / miasto _____

Ulica _____

Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania):

Kod / miasto _____

Ulica _____

Telefon kontaktowy: _____

e-mail: _____

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/podpisany.

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Leczenia Oparzeń.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia Statutu, cele i zadania PTLO. Zobowiązuję się jednocześnie do ich przestrzegania, aktywnie uczestniczyć w działalności i przestrzegania uchwał władz PTLO.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby złożenia deklaracji członkowskiej. Oświadczam również, że w przypadku przyjęcia mnie w poczet Członków PTLO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji umowy członkostwa PTLO.

(czytelny podpis składającej/go deklarację)