

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 zapoznałem się ze statutem oraz klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej i chcę zostać jego członkiem.

┌

┐

└

┘

Pieczątka

.....
Data

.....
Własnoręczny podpis