



POLSKIE TOWARZYSTWO PEDIATRYCZNE
ODDZIAŁ RZESZOWSKI
ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów
tel. 17 86 64 701

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

1. Imię i Nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Adres domowy
-
4. Miejsce pracy
-
5. Adres do korespondencji: domowy praca *
6. Telefon: domowy komórkowy
7. e-mail:
8. Nr prawa wykonywania zawodu.....
9. Specjalizacja: Data uzyskania W trakcie *
10. Tytuły naukowe.....
11. Zainteresowania.....
12. Znajomość języków obcych.....

W związku z wymogami Ustawy z dnia 29.04.1998 r. o Ochronie Danych Osobowych, prosimy o potwierdzenie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla realizacji celów statutowych Oddziału Rzeszowskiego PTP TAK NIE *

Członkowie wprowadzający:

1.
2.

.....
podpis kandydata

.....
Data wstąpienia do PTP

.....
podpis Przewodniczącego Oddziału