

**Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej**  
*51-141 Wrocław ul Syrokomli 1*

**Deklaracja Członkowska nr .....**

1. Nazwisko i imię .....
2. Tytuł naukowy .....
3. Data i miejsce urodzenia .....
4. Zawód .....
5. Specjalizacja .....
6. Adres zamieszkania .....
7. Telefon kontaktowy .....
8. E-mail.....

Proszę o przyjęcie mnie na członka zwyczajnego\* wspierającego\* Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Jednocześnie oświadczam, że znany jest mi Statut Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i zobowiązuję się do jego przestrzegania a w szczególności do:

- brania czynnego udziału w działalności Towarzystwa,
- przestrzegania uchwał i postanowień władz Towarzystwa,
- regularnego opłacania składek członkowskich.

.....dnia .....

.....

podpis

\*niepotrzebne skreślić

---

**Decyzja Zarządu Stowarzyszenia**

Uchwałą dnia ..... nr ..... Zarząd postanowił przyjąć w poczet członków zwyczajnych\* wspierających\*.

**Sekretarz**

.....

**Prezes**

.....

---

„Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR) zawartych w mojej deklaracji członkowskiej dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań statutowych PTMR, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. *O ochronie danych osobowych* (Dz.ust.nr133 poz.883). Zgodnie z ustawą *O ochronie danych osobowych* każda osoba ma prawo do wglądu i wnoszenia poprawek do swoich danych. Wypełniając formularz deklaracji członkowskiej wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w bazie danych PTMR.”

.....dnia.....

.....

podpis

---

**Skreślony z listy członków Towarzystwa dnia .....**

Na podstawie uchwały Zarządu nr..... z przyczyny .....

.....**Sekretarz**

.....**Prezes**