

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**