

PTP

Polskie Towarzystwo Periodontologiczne

02-246 Warszawa, ul. Miodowa 18, tel./fax: 22 502 20 36, e-m: biuro@perio.org.pl

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Zgłaszam chęć przystąpienia do
Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego

| | | | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| Imię i Nazwisko: | miejsce urodzenia: | | |
| PESEL: | Nr prawa wykonywania zawodu / indeksu | | |
| Telefon: | Adres e-m | | |
| Właściwe zakreśl | | | |
| <input type="checkbox"/> Lekarz/lekarz dentysta | <input type="checkbox"/> Lekarz/lekarz dentysta stażysta podyplomowy | <input type="checkbox"/> Student | <input type="checkbox"/> Inny zawód, jaki?: |

ZOBOWIĄZANIE

Zobowiązuję się do wniesienia wymaganej składki członkowskiej na nr konta Towarzystwa

53 1020 1156 0000 7602 0126 4233

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze statutem Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego i akceptuję jego treść. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby działalności statutowej Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 Dz.U. z 2002 r. Nr 101, pozycja 926 z późn.zm.)"

| | |
|----------------|--------|
| Miejsce i data | Podpis |
|----------------|--------|