DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Wniosek o przyjęcie do Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej

Prosimy o czytelne wypełnienie. Publikowane mogą być informacje oznaczone *. Pozostałe dane osobowe nie będą publikowane – pozostaną dla potrzeb PTChPRiE (https://www.ptchprie.pl/klauzula_informacyjna_rodo.html).
Członek Towarzystwa zobowiązany jest do czynnego udziału w pracach Towarzystwa, wpłaty wpisowego i regularnego płacenia składek (więcej informacji na: https://www.ptchprie.pl/).

Nazwisko*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Imię*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Stopień/tytuł naukowy*: _____

Wpisowe wynosi 300 PLN i płatne jest z chwilą złożenia wniosku o przyjęcie do PTChPRiE.

Wnioskowane członkostwo*: ☐ członek kandydat (jeżeli przed przyjęciem zdam egzamin specjalizacyjny, proszę traktować mój wniosek, jako wniosek o przyjęcie w charakterze członka zwyczajnego)
☐ członek zwyczajny ☐ inne .....

Specjalizacja z chirurgii plastycznej*: ☐ tak ☐ nieukończona ☐ brak

Kierownik specjalizacji: _____

Data uzyskania specjalizacji lub przewidywanego egzaminu: _____

Inne specjalizacje: _____

e-mail: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

@ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

telefon: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adres zamieszkania i korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania):

Adres/adresy miejsca zatrudnienia*:

Wnoszę o przyjęcie mnie w poczet członków
Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na publikację danych oznaczonych * oraz oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych zawartych w przesłanej deklaracji dla potrzeb związanych z moim udziałem w Polskim Towarzystwie Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej oraz niezbędnych dla działania Towarzystwa i osiągania jego statutowych celów (https://www.ptchprie.pl/klauzula_informacyjna_rodo.html). Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne dla członkostwa w PTChPRiE.

Wyrażam również zgodę na wysyłanie do mnie powiadomień, a w szczególności na zawiadamianie mnie o Walnych Zebraniach Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej za pomocą poczty elektronicznej.

_____ _____
Data Podpis i pieczęć

Deklarację należy przesłać na adres korespondencyjny Towarzystwa:
Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, ul. Krasnystawska 52, 21-010 Łęczna