DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

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

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

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

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

Stopień/tytuł naukowy*: _____

Wnioskowane członkostwo*: ☐ członek kandydat ☐ członek zwyczajny ☐ inne .....
(Wpisowe wynosi 300 PLN i płatne jest z chwilą złożenia wniosku o przyjęcie do PTChPRiE.)

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 przetwarzanie 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, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 Nr. 133 poz.883). 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