WNIOSEK O ZMIANĘ RODZAJU CZŁONKOSTWA

w Polskim Towarzystwie Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej

Prosimy o czytelne wypełnienie ankiety. 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*: _____

Rodzaj dotychczasowego członkostwa: _____

Wnioskowane członkostwo*: ☐ członek kandydat ☐ członek zwyczajny ☐ członek senior
(Opłata wpisowa nie dotyczy członków wnioskujących o zmianę rodzaju członkostwa.)

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 dokonanie zmiany rodzaju mego członkostwa w Polskim Towarzystwie Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej zgodnie z niniejszym wnioskiem.

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