

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Zgłaszam chęć przystąpienia do Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej
i Szczękowo-Twarzowej

DANE PERSONALNE

Stopień lub tytuł naukowy:

Imię i Nazwisko:

Numer PWZ (dotyczy lekarzy i lekarzy dentystów):

Adres miejsca zamieszkania (ulica i numer, kod pocztowy, miejscowość):

.....

E-mail:

Telefon:

Rok ukończenia studiów i nazwa uczelni:

Specjalizacja:

Miejsce pracy:

Wnioskowany status:

członek zwyczajny

członek nadzwyczajny

Jakie są Twoje oczekiwania wobec Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej
i Szczękowo-Twarzowej?

.....

.....

.....

Oświadczam, że zapoznałem się ze statutem Stowarzyszenia oraz Klauzulą informacyjną
dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Radiologii
Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej i chcę zostać jego członkiem.

Data, podpis

.....