



---

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

### POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

---

Ja, niżej podpisana/y .....  
proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Lekarskiego z siedzibą w Warszawie.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania PTL. Zobowiązuję się do ich przestrzegania, regularnego opłacania składek, aktywnego uczestnictwa w działalności i pomoc w realizacji celów PTL.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Lekarskie w celach związanych z działalnością statutową. Przysługuje mi prawo wglądu w te dane, ich poprawiania lub uzupełniania.

....., dn. .... własnoręczny podpis .....  
miejsowość

#### **Dane osobowe:** (proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko: .....

imiona rodziców: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer dowodu osobistego: .....

Telefon.....E-mail: .....

Data i własnoręczny podpis: .....

---

#### **Decyzja**

Decyzją z dnia .....Pan/Pani .....

został(a) członkiem wspierającym Polskie Towarzystwo Lekarskie.

Warszawa, dn. ....

Podpisy członków Prezydium PTL

Sekretarz

Prezes/Wiceprezes

