



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 dniaPan/Pani

został(a) członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Warszawa, dn.

Podpisy członków Prezydium PTL

Sekretarz

Prezes/Wiceprezes