

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Zgłaszam chęć przystąpienia do Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej

DANE PERSONALNE

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania (ulica, kod pocztowy, miejscowość), w celu doręczania Polskiej Stomatologii Dziecięcej:

.....

Telefon: e-mail:

Data i miejsce urodzenia:

Stopień lub tytuł naukowy:

Rok ukończenia studiów i nazwa uczelni:

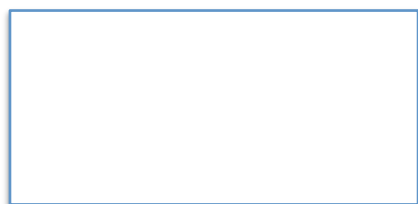
Specjalizacja:

Jakie są Twoje oczekiwania wobec Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej:

.....

.....

Oświadczam, że chcę zostać członkiem Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej i po zapoznaniu się z jej Statutem wyrażam na niego zgodę.



.....
Pieczętka

.....
Data

.....
Własnoręczny podpis

*Wyrażam zgodę na wprowadzenie i przetwarzanie przez Polską Akademię Stomatologii Dziecięcej moich danych osobowych w celach statutowych, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2016 r. poz. 922).

.....

Własnoręczny podpis

*Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych teleadresowych wydawnictwu PZWL, w celu kolportażu czasopisma Polska Stomatologia Dziecięca.

.....

Własnoręczny podpis

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych oraz miejsca pracy z danymi teleadresowymi na interaktywnej mapie, znajdującej się pod adresem www.pasd.edu.pl

.....

Własnoręczny podpis

Dane miejsca pracy do umieszczenia na mapie:

.....
.....
.....
.....

* zgody obowiązkowe