

# Deklaracja członkowska

## Dane personalne

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Email

Rok ukończenia studiów,  
nazwa uczelni

Numer PWZ

Stopień lub tytuł naukowy

Specjalizacja

Jakie są Twoje oczekiwania  
względem PASD

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

Data i czytelny 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).

**Data i czytelny podpis**

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych oraz miejsca pracy z danymi teleadresowymi na interaktywnej mapie, znajdującej się pod adresem [www.pasd.edu.pl](http://www.pasd.edu.pl)

**Adres gabinetu**

**Data i czytelny podpis**