

Polskie Towarzystwo Leczenia Ran PTLR Deklaracja Członkowska

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia pod nazwą Polskie Towarzystwo Leczenia Ran PTLR z siedzibą w Poznaniu Os. Rusa 55, 61-245 Poznań.

Oświadczam, że znam postanowienia Statutu, cel oraz zadania Stowarzyszenia. Zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz aktywnego uczestnictwa i działalności w Towarzystwie. Związane z tym zadania będę wykonywał/ła sumiennie i z godnością.

.....
Data, miejscowość

.....
czytelny podpis

Poniżej moje dane osobowe

Imiona:										
Nazwisko:										
Miejsce i data urodzenia:										
PESEL										
Typ ukończonej szkoły	Rok ukończenia		Uzyskany tytuł							
Specjalizacje										
Zawód										

Praca zawodowa:

Nazwa i adres zakładu pracy	Klinika/Oddział/inne	Stanowisko	Data zatrudnienia

Adres do korespondencji

Ulica										
Numer domu				Numer mieszkania:						
Miejscowość										
Kod										
Poczta										
Telefon										
e-mail										

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach dotyczących mego uczestnictwa w działalności w tym otrzymywanie korespondencji zaproszeń, magazynów naukowych i innych.

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki

Postanowienie Zarządu PTLR z dnia w sprawie wpisania w/w na listę członków Stowarzyszenia.

Postanowiono

Podpisy członków Zarządu:

1.
2.
3.
4.
5.
6.