

Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii

Deklaracja członkowska



1. Imię i nazwisko _____
2. Tytuł naukowy _____
3. Zawód _____
4. Specjalizacja _____
5. Adres zamieszkania _____
6. Adres korespondencyjny _____
7. Telefon kontaktowy _____
8. E-mail _____

Proszę o przyjęcie mnie na członka zwyczajnego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE). Oświadczam, że znany jest mi Statut Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii i zobowiązuję się do jego przestrzegania, a w szczególności do przestrzegania uchwał i postanowień władz PTMRIE, brania czynnego udziału w działalności PTMRIE oraz regularnego opłacania składek członkowskich.

miejsowość i data

podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) moich danych osobowych zawartych w deklaracji członkowskiej dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań statutowych PTMRIE, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. *O ochronie danych osobowych* (Dz.ust.nr133 poz.883). Zgodnie z ustawą *O ochronie danych osobowych* każda osoba ma prawo do wglądu i wnoszenia poprawek do swoich danych. Wypełniając formularz deklaracji członkowskiej wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w bazie danych PTMRIE.

miejsowość i data

podpis

Wyrażam zgodę, na przesyłanie informacji związanych z funkcjonowaniem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) w tym zawiadomień o planowanych walnych zebraniach członków na podany przeze mnie adres mailowy.

miejsowość i data

podpis

Decyzja o przyjęciu w poczet członków PTMRIE

miejsowość i data

podpis czytelny

podpis

miejsowość i data

podpis czytelny

podpis