|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr | ewidencyjny |  |  | Do Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracyw .................................................................... |
| legitymacji |  |  |

**DEKLARACJA CZŁONKA**

**POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY PRACY NR .........../ ..........**

Niniejszym deklaruję wstąpienie do Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy:

|  |
| --- |
| 1. Nazwisko i imię:

 ..........................................................................................................................................1. Data i miejsce urodzenia: ..........................................................................................................................................
2. Zawód:

 ..........................................................................................................................................1. Rodzaj ukończenia studiów: ..........................................................................................................................................
2. Rok uzyskania dyplomu: ..........................................................................................................................................
3. Tytuł naukowy:

 ..........................................................................................................................................1. Specjalizacja z zakresu – stopień:

 .......................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................1. Obecny zakład pracy i adres: ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................1. Zajmowane stanowisko: ..........................................................................................................................................
2. Dokładny adres zamieszkania:

 ..........................................................................................................................................1. Telefon:

 …………………………………………………………………………………………..1. Adres e-mail:

 ………………………………………………………………………………………….. |

Jednocześnie oświadczam, że:

1. będę ściśle przestrzegał/a/ postanowień Statutu, regulaminów, uchwał i instrukcji władz Towarzystwa oraz przyczyniać się do realizacji jego celów,
2. zobowiązuję się do terminowego opłacania składek członkowskich,
3. zobowiązuję się zawiadomić Zarząd o każdej zmianie dotyczącej stopnia naukowego, specjalizacji i zmiany miejsca zamieszkania
4. zgłaszam swój udział w pracach sekcji: …………………………………………………….

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

Miejscowość, data Własnoręczny podpis i pieczątka

U w a g a: - deklarację należy wypełnić pismem czytelnym

**Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych**

Po zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych członków PTMP oraz Regulaminem Ochrony Danych Osobowych, zamieszczonymi na stronie internetowej PTMP – [www.ptmp.org.pl](http://www.ptmp.org.pl), w zakładce „Do pobrania”, oświadczam, że:

□ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy, ul. św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8, 91-348 Łódź, w celu realizacji zadań statutowych PTMP\*.

**□** Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną innych informacji niezwiązanych bezpośrednio z działalnością statutową PTMP na adres e-mail: ………………………………………………....

Data……………………………. Podpis\*……………………………. …….

\* Niezbędne w celu przyjęcia w poczet członków PTMP.

**DECYZJA ZARZĄDU ODDZIAŁU PTMP**

1. Uchwałą Zarządu Oddziału ...............................................................................................

z dnia .................................................... Nr protokołu ..................................

Pan/Pani ………………………………………………………………………… został/a przyjęty/a w poczet członków zwyczajnych Towarzystwa z dniem ......................................

Składki opłaca od miesiąca ........................................ 20 ........... r.

 SEKRETARZ PRZEWODNICZĄCY

Zarządu Oddziału Zarządu Oddziału

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

1. Uchwałą Zarządu Oddziału ...............................................................................................

z dnia ............................................. Nr protokołu ....................................

Pan/Pani ………………………………………………………………………… został/a skreślony/a z listy członków zwyczajnych Towarzystwa z dniem ............................., zgodnie z § 21 Statutu.

 SEKRETARZ PRZEWODNICZĄCY

Zarządu Oddziału Zarządu Oddziału

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