



## DEKLARACJA CZŁONKA POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCyny PRACY

ODDZIAŁ	bez oddziału		
NAZWISKO I IMIĘ			
DATA URODZENIA			
ZAWÓD	lekarz	inny	
Nr prawa wykonywania zawodu			
W przypadku ukończenia studiów o kierunku innym niż lekarskim i nieposiadania dyplomu lekarza, proszę podać dane dwóch członków wprowadzających, o których mowa w Statucie PTMP:			
1. imię, nazwisko, Oddział:			
2. imię, nazwisko, Oddział:			
STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY LUB TYTUŁ ZAWODOWY			
POSIADANA/E SPECJALIZACJA/E	brak/nie dotyczy		
1.			
2.			
3.			
4.			
PODSTAWOWE MIEJSCE PRACY (opcjonalnie)	Nazwa:		
	Adres:		
	Zajmowane stanowisko:		
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	
Kod pocztowy:	Miejscowość:		
NUMER TELEFONU			
ADRES E-MAIL			

---

POSIADANE UPRAWNIENIA:

brak/ nie dotyczy

do badań profilaktycznych, o których mowa w ustawie Kodeks pracy

do badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców

do badań lekarskich osób występujących o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszających do rejestru

broń pneumatyczną oraz posiadających pozwolenie na broń lub zarejestrowaną broń pneumatyczną

inne: (proszę wpisać)

---

Niniejszym wnoszę o przyjęcie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy.  
Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się do:

- 1) przestrzegania postanowień Statutu, regulaminów, uchwał i instrukcji władz Towarzystwa
- 2) terminowego opłacania składek członkowskich
- 3) aktualizacji moich danych uwzględnionych w niniejszej deklaracji

.....  
Miejscowość, data

.....  
Własnoręczny podpis

### **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 podany w deklaracji.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Własnoręczny podpis