

## POLSKIE TOWARZYSTWO STOMATOLOGII LASEROWEJ

### DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Zgłaszam chęć przystąpienia do Polskiego Towarzystwa Stomatologii Laserowej



### DANE PERSONALNE

Imię i Nazwisko: .....

Adres miejsca zamieszkania: .....  
(ulica, kod pocztowy, miejscowość)

Tel.: ..... e-mail: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Pesel: .....

Stopień lub tytuł naukowy: .....

Rok ukończenia studiów i nazwa uczelni: .....

Specjalizacja: .....

Miejsce pracy: .....

Przynależność do innych organizacji zawodowych: .....

Jakie są Twoje oczekiwania wobec Polskiego Towarzystwa Stomatologii Laserowej  
.....  
.....

Numer Ewidencji Podatkowej do wystawienia faktury: .....

Oświadczam, że chcę zostać członkiem Polskiego Towarzystwa Stomatologii Laserowej i po zapoznaniu się z jego Statutem wyrażam na niego zgodę.

┌

┐

└

┘

Pieczętka

.....  
Data

.....  
Własnoręczny podpis

---

Wpłata na konto PKO SA Kraków nr 56124045751111001060463291; kwota 50 zł wpisowe (opłata jednorazowa) oraz 250zł (lekarze)/50zł (higienistki i asystentki stomatologiczne, studenci) na 2018 r. (składka roczna).

Adres wysyłki (siedziba PTSL): ul. Poznańska 8/1U; 30-012 Kraków

Wyrażam zgodę na wprowadzanie i przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Stomatologii Laserowej moich danych osobowych w celach statutowych, zgodnie z Ustawą z dn. 29. 08. 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr. 133 pozycja 883).

.....  
Własnoręczny podpis