Polskie Towarzystwo Artroskopowe

WNIOSEK O PRZYJĘCIE do
Polskiego Towarzystwa Artoskopowego

Nazwisko .....

Imię ..... Data urodzenia ……..….-……..-……..

Stopień/tytuł naukowy: prof. □ dr hab. □ dr n. med. □ lek. med. □

Rok uzyskania specjalizacji z II° Ortopedii i traumatologii …… Numer PWZ ……

Miasto …….. Ulica…….……..…….……

Nr domu …….. Nr mieszkania …… Kod pocztowy ……-……

Województwo …… Rok wstąpienia do PTA ……..

E-mail …….…… Tel. komórkowy (*obowiązkowy*) ……-.....-.....

Osoby wprowadzające – *podpisy* + *pieczątka* (*członków PTA*):

1. …… 2. ……

Upoważniam Zarząd Polskiego Towarzystwa Artroskopowego do umieszczania opisanych poniżej danych na stronie internetowej PTA **□ tak** **□ nie**

Nazwisko .....

Imię ..... Miasto ……

Ulica…….……..…….…….…. Nr domu/lokalu …….……..

Kod pocztowy ……-…… NIP ……

Telefon kontaktowy ……..…… Strona www: ……

Dane Firmy (do faktur):

Nazwa firmy ……

Ulica …….. numer domu/lokalu ……..

Kod …….. miasto …….. NIP ……

OŚWIADCZENIE:
"Administratorem danych osobowych gromadzonych i przetwarzanych zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 2-5 ustawy o ochronie danych osobowych, a zamieszczanych w formularzach zgłoszeniowych jest Polskie Towarzystwo Artroskopowe, ul. Żeromskiego 113, Łódź. Każdy kandydat uprawniony jest do wglądu w siedzibie PTA w swoje zgłoszone dane osobowe, do żądania ich poprawienia albo usunięcia jeśli są gromadzone i przetwarzane w innym celu niż określony w przepisie art. 23 ust. 1 pkt 2-5 ustawy o ochronie danych osobowych."

....
(miejscowość, data) *(pieczątka i podpis)*

Oświadczam, że znam Statut Polskiego Towarzystwa Artroskopowego i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.

....
(miejscowość, data) *(pieczątka i podpis)*