Polskie Towarzystwo Gastroenterologii

Oddział Zachodniopomorski

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i Nazwisko

………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia

…………………………………………………………………………………………………………………………

Tytuł i stopień naukowy

…………………………………………………………………………………………………………………………

Specjalizacja

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Numer prawa wykonywania zawodu

……………………………………………………………………………………………………………………….....

Miejsce pracy:

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon

…………………………………………………………………………………………………………………………..

E-mail:

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii-Oddział Zachodnopomorski

Data i podpis

………………………………………………………………………………………………………………………....