…………………………………………..

**Do Zarządu** miejscowość i data

**Polskiego Towarzystwa**

**Onkologii i Hematologii Dziecięcej**

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

**1.** Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………………

**2.** Data i miejsca urodzenia…………………………………………………………………………………………………………………

**3.** Adres zamieszkania (korespondencji):

Miejscowość…………………………………………………. Kod pocztowy………………………………………………………

Ulica……………………………………………………………… Nr……………………………. m …………………………………….

**4.**Dane kontaktowe:

Telefon…………………………………………………………. E-mail………………………………………………………………….

**5.** Stanowisko……………………………………….......... Nr prawa wykonywania zawodu……………………………

**6.** Specjalizacja: a. ………………………………………… b. ……………………………………………………………..............

c. ………………………………………… d. ………………………………………………………………………….

**7.**Posiadany tytuł naukowy…………………………………………………………………………………………………….……………

**8.** Zainteresowania naukowe………………………………………………………………………………………………………………

**9.** Inne i istotne informacje o kandydacie……………………………………………………………………………………………

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

**10.** Miejsce pracy:

Miejscowość………………………………………………… Kod pocztowy……………………………………………………….

Ulica……………………………………………………………. Nr……………………………. m …………………………………….

❑ ZAPOZNAŁEM(AM) SIĘ ZE STATUTEM POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEMATOLOGII I ONKOLOGII DZIECIĘCEJ   
I ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO JEGO PRZESTRZEGANIA ORAZ JESTEM ŚWIADOMY(A) **KONIECZNOŚCI OPŁATY SKŁADEK CZŁONKOWSKICH (60 ZŁ/ROK)**

❑ WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DNAYCH OSOBOWCY W CELACH STATUTOWYCH TOWARZYSTWA. ROZUMIEM, ŻE PODANIE DANYCH JEST DOBROWOLNE, ALE KONIECZNE (DANE OZNACZONE KOLOREM CZERWONYM), JEŚLI CHCĘ ZOSTAĆ CZŁONKIEM PTOiHD. ADMINISTRATOREM MOICH DANYCH JEST POLSKIE TOWARZYSTWO ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ Z SIEDZIBĄ W ZABRZU PRZY   
UL. 3 MAJA, 41-800 ZABRZE. WIĘCEJ INFORMACJI O ADMINISTRATORZE MOICH DANYCH OSOBOWYCH   
I PRZYSŁUGUJĄCYCH MI PRAWACH MOGĘ ZNALEŹĆ NA STRONIE WWW.PTOHD.PL

❑DEKLARUJĘ CHĘĆ WSTĄPIENIA DO EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA ONKOLOGII DZIECIĘCEJ (SIOP EUROPE): SKŁADKA CZŁONKOWSKA 150 ZŁ/ROK (SKŁADKA OBEJMUJE RÓWNIEŻ CZŁONKOSTWO W POLSKIM TOWARZYSTWIE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ).

❑DEKLARUJĘ CHĘĆ OTRZYMYWANIA OD PTOHiD KORESPONDENCJI, W TYM ZAWIADOMIEŃ O TERMINACH WALNYCH ZJAZDÓW CZŁONKÓW TOWARZYSTWA, ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA WSKAZANY WYŻEJ ADRES MAILOWY.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

data przyjęcia podpis kandydata(tki)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

podpis przewodniczącego PTOiHD