

.....
miejscowość i data

Do Zarządu
Polskiego Towarzystwa
Onkologii i Hematologii Dziecięcej

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania (korespondencji): Miejscowość Kod.....
Ulica Nr m
4. Telefon kontaktowy E-mail
5. Miejsce pracy
..... Telefon kontaktowy.....
Ulica Nr
Miejscowość..... Kod.....
6. Stanowisko Nr prawa wykonywania zawodu
8. Specjalizacje: a. b.
c. d.
9. Posiadany tytuł naukowy:
10. Zainteresowania naukowe
11. Inne istotne informacje o kandydacie.....
.....

ZAPOZNAŁEM(AM) SIĘ ZE STATUTEM POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEMATOLOGII I ONKOLOGII DZIECIĘCEJ I ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO JEGO PRZESTRZEGANIA ORAZ KONIECZNOŚCIĄ OPŁATY SKŁADKI CZŁONKOWSKICH (60 ZŁ/ROK)

W związku z wymogami Ustawy z dn. 29.04.1998 r. o Ochronie Danych Osobowych Polskie Towarzystwo Hematologii i Onkologii Dziecięcej informuje, że Pana (Pani) dane znajdują się w bazie danych naszego Towarzystwa. Gromadzone są wyłącznie na potrzeby Towarzystwa, podlegają ochronie i nie są udostępniane osobom postronnym. Każda osoba, której dane znajdują się w naszej bazie danych, ma prawo wglądu do swoich danych oraz do ich poprawiania, a także może w dowolnym momencie zażądać zaprzestania przetwarzania tych danych i usunięcia ich ze bazy. W takim przypadku prosimy o poinformowanie pisemnie na adres Zarządu Polskiego Towarzystwa Hematologii i Onkologii Dziecięcej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla realizacji celów statutowych Towarzystwa.

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)

TAK/NIE

.....
podpis kandydata(tki)

.....
data przyjęcia

.....
podpis Przewodniczącego PTOHD