Warszawa, …../…../202…

Do Zarządu

Oddziału Mazowieckiego

**Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów**

**Chirurgów Głowy i Szyi**

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

1. Imię i nazwisko

2. Data i miejsce urodzenia:

3. Adres domowy (do korespondencji):

Ulica:……………………………………….. Nr domu:………… Nr lokalu:………………..

Kod pocztowy:……………….. Miasto:………………………………………………………

Tel. kontaktowy:…………………… Adres e-mail:………………………………………….

4. Miejsce pracy – I:…………………………………………………………………………...

a. Adres:………………………………………………………………………………...

b. Stanowisko:………………………………………………………………………….

c. Tel:……………. Fax:…………… Adres e-mail:………………………………….

5. Miejsce pracy – II:…………………………………………………………………………..

a. Adres:……………………………………………………………………………......

b. Stanowisko: ………………………………………………………………………...

c. Tel:……………. Fax:…………… Adres e-mail:…………………………………

6. Nr prawa wykonywania zawodu: …………………………………………………………

7. Data uzyskania dyplomu lekarskiego: …………………………………………………..

8. Posiadana specjalizacja – I:………………………….Data uzyskania:……………....

9. Posiadana specjalizacja – II:…………………………Data uzyskania:……………....

10. Inne specjalizacje:……………………………………Data uzyskania:………………

11. Posiadany: stopień naukowy:......................................Data uzyskania:…………….

tytuł naukowy.......................................... Data uzyskania:…………….

12. Zainteresowania:…………………………………………………………………………

13. Znajomość języków obcych:…………………………………………………………….

***ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE STATUTEM POLSKIEGO TOWARZYSTWA OTORYNOLARYNGOLOGÓW CHIRURGÓW GŁOWY I SZYI I ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO JEGO PRZESTRZEGANIA***

***W związku z wymogami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101,poz. 926 ze zm.) Oddział Mazowiecki Polskiego Towarzystwo Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi zwany dalej OM PTORL ChGiSz z siedzibą w Klinice Otolaryngologii dziecięcej WUM, 02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63a, informuje, że Państwa dane zostaną umieszczone w zbiorze danych OM PTORL ChGISz. Przetwarzane są one, dla realizacji celów statutowych OM PTORL ChGISz. Dane osobowe z powyższego zbioru mogą być przekazywane osobom trzecim, dla realizacji celów statutowych OM PTORL ChGiSz, w szczególności organizacji zebrań, sympozjów i zjazdów naukowych. Zaproszenia na zebrania, sympozja i zjazdy naukowe mogą zawierać materiały marketingowe osoby trzeciej. Każda osoba, której dane figurują w naszej bazie, ma prawo wglądu do swoich danych oraz do ich poprawiania. W takim przypadku prosimy o poinformowanie pisemnie na adres: Oddział Mazowiecki Polskiego Towarzystwo Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, Klinika Otolaryngologii dziecięcej WUM, 02-091 Warszawa, ul, Żwirki i Wigury 63A, tel. (22)317 9721, mail:*** [***ompto@tlen.pl***](mailto:ompto@tlen.pl)***. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla realizacji celów statutowych OM PTORL ChGISz.***

Podpis kandydata:……………………………………..

Oświadczamy, że kandydat jest nam dobrze znany i w pełni zasługuje na przyjęcie do Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi.

Imię i nazwisko członków wprowadzających Podpisy

1……………………………………………………… 1……………………………...

2……………………………………………………… 2……………………………....

Data wstąpienia do PTORL ChGiSz: ………………………..

Podpis Przewodniczącej Oddziału:…………………………..