

Data .....

Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne

Oddział .....

Adres: .....

.....

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

.....  
(podpis)

Imię i nazwisko .....

Rok urodzenia .....

Rok ukończenia studiów wyższych .....

Stopień/tytuł naukowy/zawodowy .....

Zajmowane stanowisko .....

Miejsce pracy .....

.....

Adres prywatny, e-mail, tel .....

.....

W związku z obowiązywaniem ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133/1998 poz. 883) Zarząd Oddziału uprzejmie informuje, że dane osobowe członków Towarzystwa umieszczone w informatycznej adresowej bazie danych będą wykorzystywane wyłącznie przez Zarząd Oddziału Warszawskiego PTFarm, do przekazywania korespondencji związanej z członkostwem w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym oraz innych materiałów informacyjnych. Dane osobowe członków Towarzystwa nie będą udostępniane i wykorzystywane w żadnej formie poza Towarzystwem. Członkowie Towarzystwa mają prawo wglądu i poprawiania swoich danych osobowych.

Członkowie wprowadzający:

1.....

Imię i nazwisko

Podpis

2.....

Imię i nazwisko

Podpis

Przyjęto w poczet członków Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego na posiedzeniu Zarządu  
w dniu .....

Za Zarząd .....

