

DEKLARACJA

wstąpienia do stowarzyszenia
KOLEGIUM LEKARZY CHIRURGÓW

jako członek zwyczajny *

NAZWISKO:

IMIĘ:

RODZAJ SPECJALIZACJI :

ADRES ZAMIESZKANIA:

ADRES SIEDZIBY/ PRAKTYKI :

ADRES DO KORESPONDENCJI :

PESEL:

TELEFON:

E-MAIL:

**Deklaruję przystąpienie do Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Chirurgów
z siedzibą w Szczecinie jako członek zwyczajny.**

**Zobowiązuję się do wypełniania obowiązków członka Stowarzyszenia określonych jego
statutem.**

W oparciu o art. 23 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 803 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na cele związane z funkcjonowaniem Stowarzyszenia.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis