

Warszawa, dnia

Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne
Oddział Warszawski
ul. Długa 16
00-238 Warszawa

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 infromatycznej adresowej bazie danych będą wykorzystywane wyłącznie przez Zarząd Oddziału Warszawskiego PTFarm do przekazywania korespondencji związanej z członkowstwem 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