



# POLSKIE TOWARZYSTWO TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH

ODDZIAŁ W .....

Adres Oddziału : .....

Konto Oddziału: .....

Nr. ewidencyjny ..... dnia.....

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków PTTD. Stwierdzam, że znany jest mi Statut PTTD i zobowiązuję się do wypełniania obowiązków statutowych.

Nazwisko i imię: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Zawód i miejsce pracy: .....

Telefon: ..... Adres e-mail: .....

Deklaruję przystąpienie do Polskiego Towarzystwa Techników Dentystycznych, zobowiązuję się do wpłaty wpisowego oraz regularnego opłacania składki członkowskiej.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb organizacyjnych PTTD, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. / Dz. U.1997.133.833/ o ochronie danych osobowych. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i ofert od PTTD, na adres korespondencyjny, adres e-mail lub telefonicznie na zasadach określonych w Ustawie z dn.18.07.2002 r. / Dz.U.2002.144.1204/ o świadczeniu usług drogą elektroniczną.*

.....

*Data, czytelny podpis*

Przyjęto do Polskiego Towarzystwa Techników Dentystycznych decyzją z dnia .....

Zarząd Oddziału w ..... Nr. legitymacji: .....

.....

*Skarbnik Oddziału*

*Sekretarz Oddziału*

*Prezes Oddziału*

Zarząd Główny PTTD: 10-273 Olsztyn, ul. Jagiellońska 33/36 Telefon: 668 132 813

E-mail: [biuro@org.pl](mailto:biuro@org.pl) REGON: 471423750 NIP: 728-18-63-793 KRS: 0000225729

