



POLSKIE TOWARZYSTWO
TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH
ODDZIAŁ W WARSZAWIE

Adres Oddziału: Medyczna Szkoła Policealna Nr3 ul. Brzeska 12, 03-737 Warszawa

email: pttdwarszawa@gmail.com

Konto Oddziału: 09 1540 1072 2107 9101 8201 0010 (BOŚ BANK)

Nr ewidencyjny.....

Warszawa 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 Warszawie

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

REGON: 471423750

NIP: 728-18-63-793

KRS: 0000225729