



**POLSKIE TOWARZYSTWO
TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH**
ODDZIAŁ ŁÓDŹ

Adres Oddziału:

Konto Oddziału: 20 1540 1072 2107 9101 8201 0006

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
