



**POLSKIE TOWARZYSTWO  
TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH**  
ODDZIAŁ ŁÓDŹ

Adres Oddziału: 91-509 Łódź, ul. Łagiewnicka 239/1

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*

Zarząd Główny PTTD: 93-347 Łódź, ul. Leszczyńskiej 4/10

Telefon: 512 933 207

E-mail: [biuro@pttd.org.pl](mailto:biuro@pttd.org.pl)

REGON: 471423750

NIP: 728-18-63-793

KRS: 0000225729