



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: 93-347 Łódź, ul. Leszczyńskiej 4/10 Telefon: 512 933 207
E-mail: biuro@pttd.org.pl REGON: 471423750 NIP: 728-18-63-793 KRS: 0000225729

