



# POLSKIE TOWARZYSTWO TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH

ODDZIAŁ .....

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 statutowych oraz organizacyjnych PTTD, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.*

.....  
*Data, czytelny podpis*

*Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i ofert od PTTD, na adres korespondencyjny, adres e-mail lub telefonicznie na zasadach określonych w ustawie z dn.18.07.2002r./Dz.U.2002.144.1204/ o świadczeniu usług drogą elektroniczną.*

.....  
*Data, czytelny podpis*

*Treść klauzuli informacyjnej*

*Administratorem Państwa danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Techników Dentystycznych Zarząd Główny, ul. Leszczyńskiej 4/10, 93-347 Łódź, Oddział*

.....  
*Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. Państwa dane osobowe:*

- będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych PTTD,*
- będą przetwarzane na podstawie udzielonej przez Państwa zgody,*
- mogą być przetwarzane w innych celach, o ile wyrazicie Państwo odrębną zgodę na ich przetwarzanie,*
- nie będą przekazywane innym odbiorcom danych,*
- będą przechowywane do momentu osiągnięcia celu, dla którego zostały zebrane, a także przez okres czasu przewidziany przepisami szczególnymi.*

*Macie Państwo prawo:*

- dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia swoich danych, do złożenia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*

*do cofnięcia udzielonej zgody. Kontakt z Administratorem w sprawie cofnięcia udzielonej zgody, a także w każdej innej sprawie związanej z przetwarzaniem Państwa danych osobowych jest możliwy za pomocą adresu e-mail: [biuro@pttd.org.pl](mailto:biuro@pttd.org.pl)*

---

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

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

.....  
Skarbnik Oddziału

.....  
Sekretarz Oddziału

.....  
Prezes Oddziału