**Deklaracja członkowska**

**Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko\*:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | imię, drugie imię\*: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data urodzenia\*: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| tytuł naukowy\*: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Oddział PTD: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
| Adres zamieszkania: |  |  |
| Ulica\*: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nr domu, lokalu\*: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Miejscowość\*: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | kod pocztowy\*: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefon\*: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | e-mail\*: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Chcę otrzymywać korespondencję od PTD na wskazany wyżej adres mailowy\* |  TAK NIE |
| Jestem\*: |  lekarzem |  |
|  |  pielęgniarką lub położną |  |
|  |  w inny sposób związana/-y z diabetologią – jaki? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Miejsce pracy: |  |  |  |
| nazwa: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| ulica: |  | nr domu, lokalu: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| miejscowość: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | kod pocztowy: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| specjalizacja: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | stopień: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | rok uzyskania: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |

\*pola oznaczone gwiazdką są obowiązkowe

**UWAGA:** w celu szybszej i łatwiejszej komunikacji w sprawach związanych z wykonywaniem praw i obowiązków członka PTD, koniecznym jest założenie konta w serwisie PTD udostępnionym na stronie www.ptdiab.pl

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach statutowych. Rozumiem, że podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne (dane oznaczone kolorem czerwonym), jeśli chcę zostać członkiem PTD. Administratorem moich danych osobowych będzie Polskie Towarzystwo Diabetologiczne z siedzibą w Łodzi, przy ul. Polskich Kolei Państwowych 6, 92-402. Więcej informacji o administratorze moich danych osobowych i przysługujących mi prawach mogę znaleźć na stronie www.ptdiab.pl

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| data | podpis |