**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 |