

**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: \_\_\_\_\_  
rook 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](http://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 administracji moich danych osobowych i przysługujących mi prawach mogę znaleźć na stronie [www.ptdiab.pl](http://www.ptdiab.pl)

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ podpis