****

# DEKLARACJA CZŁONKOSTWA

**DLA KANDYDATA NA CZŁONKA STOWARZYSZENIA**

**TYTUŁ/STOPIEŃ NAUKOWY:**.....................................................................

**IMIĘ:**........................................................................................................

**NAZWISKO:**..............................................................................................

**NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY:**............................................................

..................................................................................................................................................................................................................................

**ADRES E-MAIL:**.........................................................................................

**zawód:**

☐lekarz

☐ inny zawód medyczny jaki………………………………………………………................

☐inny zawód niemedyczny jaki……………………………………………………………............

☐student/studentka kierunek………………………………………………….............

**Specjalizacja:**............................................................................................

**Dziedzina zainteresowań badawczych** ..................................................................................................................................................................................................................................

Zapoznałem/łam się z treścią Statutu Stowarzyszenia umieszczonego na stronie **https://pneumologiefrancepologne1.wordpress.com** i akceptuję go ☐

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. przez Stowarzyszenie „Pneumologie France Pologne” (SPFP) dla celów statutowych, związanych z moim członkostwem w Stowarzyszeniu.

................................................. ......................................................................

 / data / / czytelny podpis/