



**DEKLARACJA CZŁONKOSTWA
DLA KANDYDATA NA CZŁONKA STOWARZYSZENIA**

TYTUŁ/STOPIEŃ NAUKOWY.....

IMIĘ.....

NAZWISKO.....

NAZWA I ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA.....

.....

.....

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 [Stowarzyszenie „Pneumologie France Pologne” – Pneumologie France Pologne \(pneumologie-polfra.pl\)](http://pneumologie-polfra.pl) 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 /