

Ankieta członkowska Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

Nazwisko: **Imię, drugie imię:**.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Tytuł naukowy: **Rodzaj członkostwa:** **A)** krajowe **B)** zagraniczne

Oddział terenowy : **Sekcja specjalistyczna:**.....

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica:..... **Numer domu, Numer lokalu:**

Miejscowość, kod pocztowy:.....

Telefon: **Faks:** **E-mail:**

Chcę otrzymywać korespondencję na adres domowy: **TAK / NIE**

MIEJSCE PRACY

Typ placówki (*wybij jeden*) **A)** poradnia **B)** szpital **C)** inne

Nazwa instytucji:.....

Ulica **nr budynku/lokalu:**.....

Miejscowość, kod pocztowy:

Telefon: **Faks:** **E-mail:**.....

Określ swój status zawodowy:

Jestem **A)** czynny zawodowo pon. 30 roku życia, **B)** czynny zawodowo pow. 30 roku życia **C)** na emeryturze / rencie

Specjalizacja (stopień, rok uzyskania):

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

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002, nr 101, poz. 926), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach statutowych przez PTChP z siedzibą w Warszawie, ul. Płocka 26 oraz w celach statutowych, marketingowych i informacyjnych przez podmioty wchodzące w skład Grupy Via Medica (Via Medica sp.j., „Via Medica sp. z o.o.”, VM Media sp. z o.o. VM Group sp. k.) z siedzibą w Gdańsku, ul. Świetokrzyska 73. Zgodnie zaś z Ustawą z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002, nr 144, poz. 1204) wyrażam zgodę na przesyłanie mi korespondencji drogą elektroniczną. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych i ich poprawiania.

Dane zostały podane dobrowolnie.

.....
data

.....
podpis