**DEKLARACJA**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków

Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii Oddziału Małopolskiego

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Miejsce zamieszkania /adres dla korespondencji/:

Tel.: E-mail:

Miejsce pracy /adres/:

Data ukończenia studiów /rok studiów/: Nr dyplomu:

Data uzyskania specjalizacji: Stopień specjalizacji:

Ukończone kursy specjalistyczne:

Tytuły naukowe:

Deklaruję składkę roczną w wysokości - min. /70 zł/ (Studenci - /50zł/):

Data: Podpis:

Decyzja Zarządu Oddziału: zgoda

Nr Członkowski widoczny na legitymacji:

Wpłata składki za rok:

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie przez PTF Oddział Małopolski moich danych osobowych w celach marketingowych, szkoleniowych (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997r.)

 **TAK (PROSZĘ ZAZNACZYĆ) NIE**