

Wniosek o przyjęcie do Polskiego Towarzystwa Bezpiecznej Farmakoterapii *

1. Nazwisko: 2. Imię:

3. Dane kontaktowe:

kod pocztowy: miejscowość:

ulica: numer domu/mieszkania:

telefon komórkowy: e-mail:

4. Zawód:

**Proszę o przyjęcie mnie do Polskiego Towarzystwa Bezpiecznej Farmakoterapii.
Zobowiązuję się opłacać składkę członkowską w wyznaczonym terminie.**

.....
data

.....
podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w zakresie wskazanym powyżej, przez Polskie Towarzystwo Bezpiecznej Farmakoterapii z siedzibą w Warszawie, dla potrzeb niezbędnych do realizacji celów statutowych Towarzystwa (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz.U.z 2014r., poz.1182 ze zm.)

.....
data

.....
podpis

Informujemy, że ma Pani/Pan prawo do wglądu w swoje dane osobowe, jak również do zmiany tych danych lub ich usunięcia. W przypadku takiej konieczności, prosimy o kontakt pod adresem elektronicznym: biuro@ptbfarm.pl

Uwaga - wypełnia Towarzystwo

Decyzja Zarządu Polskiego Towarzystwa Bezpiecznej Farmakoterapii o przyjęcie w poczet członków:

Uchwała Zarządu numerz dnia

* wniosek proszę wypełnić czytelnie DRUKOWANYMI literami, podpisać i przesłać skan na adres elektroniczny: biuro@ptbfarm.pl